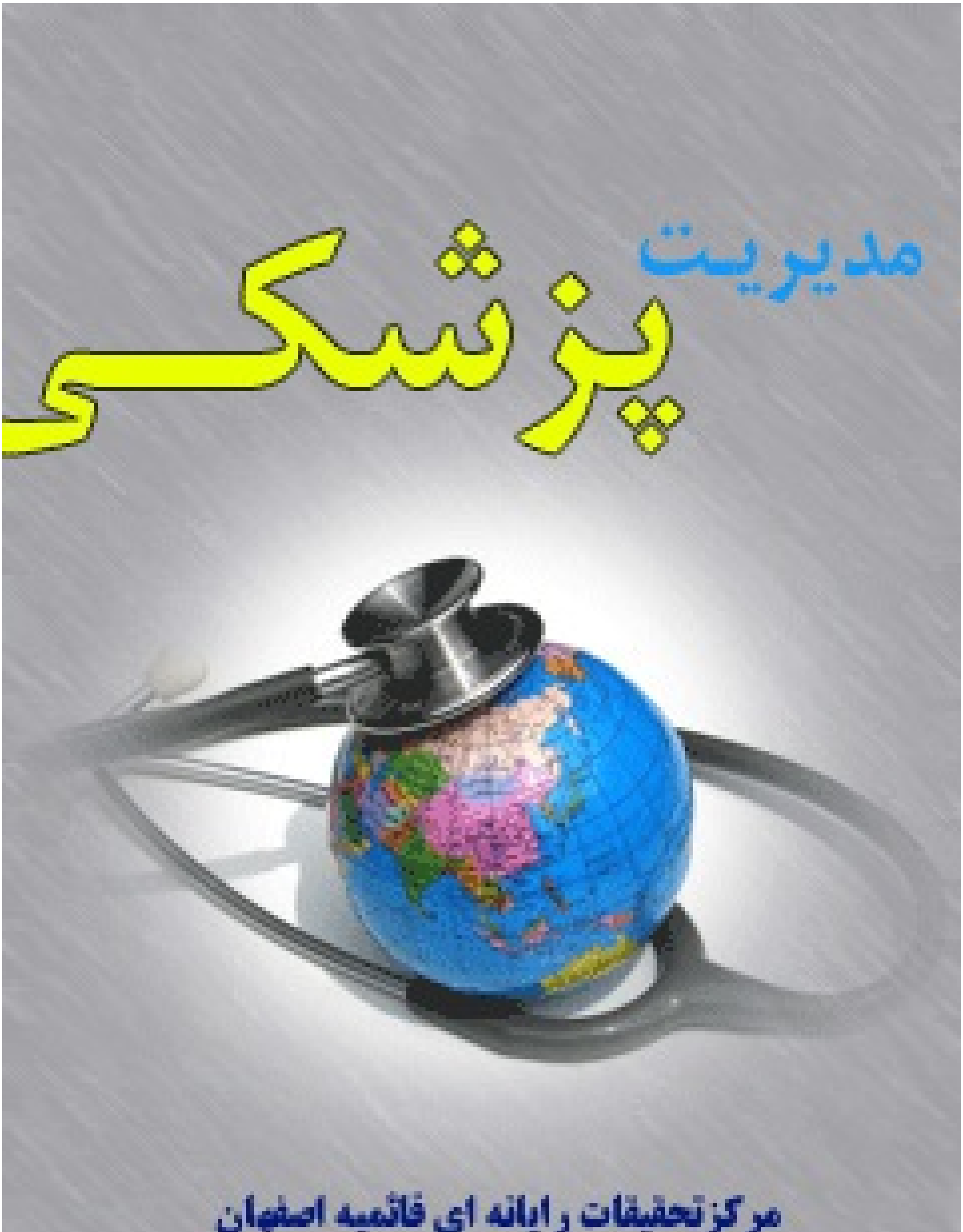

مدیریت
پزشکی
مرکزتحقیقات رایانه ای قائمیه اصفهان

بسم الله الرحمن الرحیم

مدیریت پزشکی

نویسنده:

www.modiryar.com

ناشر چاپی:

www.modiryar.com

ناشر دیجیتالی:

مرکز تحقیقات رایانه‌ای قائمیه اصفهان

فهرست

مدیریت پزشکی

مشخصات کتاب

عنوان و نام پدیدآور: مدیریت پزشکی/ www.modiryar.com
ناشر :www.modiryar.com
مشخصات نشر دیجیتالی:اصفهان:مرکز تحقیقات رایانه ای قائمیه اصفهان ۱۳۹۱.
مشخصات ظاهری:نرم افزار تلفن همراه , رایانه
موضوع:مدیریت - پزشکی

فیزیک هسته ای در عرصه پزشکی

medical ...

پیشرفت تکنیک های فیزیک هسته ایمهدی عشقی یارعزیز

با وجود اینکه نقش شیمی و زیست شناسی در پزشکی به خوبی پذیرفته شده است نقش فیزیك در پزشکی به همان اندازه روشن نیست، چرا که اکثر کسانی که در رشته پزشکی در حال تحصیل هستند دوره مقدماتی فیزیك را می گذرانند اما آنان غالباً یا هیچگونه ارتباطی میان فیزیك و پزشکی نمی بینند یا این ارتباط را بسیار ناچیز می دانند. استفاده از پرتو در تشخیص و درمان بیماری و نیز استفاده از رادیونوکلئیدها در پزشکی (پزشکی هسته ای) بخشی از کاربردهای فیزیك از جمله فیزیك هسته ای در عرصه پزشکی است. پیشرفت تکنیك های فیزیك هسته ای تجربی به طور موازی تصویربرداری پزشکی را هم گسترش داده است: دوربین های پرتوگاما، شتاب دهنده های مخصوص برای تولید ایزوتوپ های پزشکی و تکنیك های اعجاب انگیز برای به دست آوردن تصاویر اعماق مشخص بدن. این شاخه تحقیقی را پزشکی هسته ای می گویند که مسئولان آن معمولاً متخصصان فیزیك هسته ای تجربی هستند که در همکاری تنگاتنگ با پزشکان برای توسعه و کاربرد این تکنیك ها کار می کنند. به عنوان نمونه فیزیکدانی که در بخش رادیوتراپی کار می کند، سه وظیفه مهم بر عهده دارد: ۱- تعیین میزان تابش تولید شده با یک ماشین درمانی در شرایط استاندارد، یعنی واسنجی ماشین Calibration. ۲- محاسبه دزی که باید به تومور و هر بافت طبیعی در بیمار داده شود. ۳- تایید اینکه مقدار صحیح تابش، به درستی در نواحی مناسب به بیمار داده شده است. حتماً شما هم تصویر یا عکس پرتورونتگن (پرتو ایکس) تشخیص از دندان ها یا سایر بخش های بدن را گرفته اید. پرتو رونتگن در تشخیص بیماری ها کاربرد بسیار دارد. به گونه ای که بیش از نیمی از مردم در سال حداقل یک تصویر پرتو رونتگن می گیرند. کشف این پرتوها مانند بسیاری از دستاوردهای مهم علمی، اتفاقی بود که در سال ۱۸۹۵ از سوی وی.سی.رونتگن فیزیکدان آلمانی در دانشگاه ورزبورگ در هنگام آزمایش با پرتوهای کاتودی متوجه پرتوهای ایکس شد. او پس از چند روز اولین تصویر پرتو رونتگن (X) را از دست همسرش گرفت. از آنجا که پرتو X به سادگی از بافت های نرم بدن عبور می کند ولی در استخوان به طور قوی

تضعیف می شود. عکاسی با پرتو X اطلاعات جامعی از ساختمان اسکلت بدن به انسان به دست می دهد و در نتیجه در روش تشخیص پزشکی که منجر به ترمیم استخوان های شکسته می شود ارزش بسیار دارد چرا که پرتوهای (X) ایکس به طور یکسان جذب همه مواد نمی شوند. اگر چنین بود کاربرد مفیدی در تشخیص نداشتند. رادیواکتیویته طبیعی برای فیزیکدانان شگفت انگیزتر از پرتوهای رونتگن بود زیرا برای تولید پرتوهای رونتگن انرژی الکتریکی لازم بود. در حالی که رادیواکتیویته طبیعی منبعی ثابت از ذرات پرانرژی را برای مدت زمان نامحدود بدون نیاز به انرژی تامین می کرد. مادام کوری یکی از پیشگامان برجسته در این زمینه است. وی که از سال ۱۸۹۸ تا ۱۹۰۴ با همسرش پی یر کار می کرد به جداسازی یک عنصر بسیار قدرتمند رادیواکتیو، یعنی رادیم از چندین سنگ کانی اورانیم پرداخت. این عنصر نقشی بزرگ در درمان سرطان ایفا کرد و امروزه هنوز هم کاربرد دارد. رادیواکتیویته طبیعی کمک بزرگی به دانش ما درباره هسته اتم کرده و پاره ای از پژوهش های اولیه «ردیابی» در پزشکی با به کارگیری عناصر رادیواکتیو طبیعی انجام گرفته است. با این وجود، نقطه عطف در کاربرد رادیواکتیویته در پزشکی، ساخت راکتور هسته ای هنگام جنگ جهانی دوم درباره پروژه بمب اتمی بود. راکتور هسته ای تولید بسیاری از رادیونوکلیدهای مصنوعی را به مقدار زیاد ممکن ساخت. از این عناصر رادیواکتیو در پزشکی برای پژوهش، تشخیص و درمان استفاده می شود. در پایان دهه ۴۰ میلادی رادیواکتیویته به دست آمده از راکتورها بیشتر در پژوهش های پزشکی کاربرد داشت تا تشخیص. مثلاً رادیواکتیو برای بررسی چگونگی کار بسیاری از اندام ها و نیز تغییرات شیمیایی که در بدن رخ می دهد به کار رفته است. مفیدترین رادیونوکلیدها در پزشکی هسته ای آنهایی هستند که پرتوهای گاماگسیل می کنند چرا که پرتوهای گاما قابلیت نفوذ بیشتری دارند. یک عنصر رادیواکتیو گسیل کننده گاما را که درون بدن است می توان از بیرون بدن شناسایی کرد. به عنوان نمونه اکنون تکنیکی را بررسی می کنیم که برای ایجاد تصویر از قسمت های خاص بدن از ایزوتوپ های گاماگسیل استفاده می کند. در این روش با به کار بردن نقش پرتو گامای گسیل شده می توان تصویری از آن قسمت از بدن تهیه کرد. یک کاربرد ساده و سریع این تکنیک در اندازه گیری مقدار جذب ید در غده تیروئید است. ید رادیواکتیو بلعیده می شود و شمارشگر پرتو گاما در نزدیکی گردن ازدیاد فعالیت را برحسب زمان، در حالی که ید در غده تیروئید متمرکز می شود، نشان می دهد. در ابتدا ید ۱۳۱ برای این منظور به کار می رفت که یک محصول شکافت با نیمه عمر ۸ روز است ولی از آنجا که معمولاً زمان لازم برای مشاهده غده تیروئید از مرتبه ساعت ها است. چنین طول عمری خیلی زیاد است و در نتیجه فعالیت در بدن به درازا می کشد و بیمار دز زیادی دریافت می کند. اما اکنون ید ۱۳۲ با نیمه عمر ۱۳ ساعت به طور گسترده ای به کار گرفته شده است و نیمه عمر این ایزوتوپ نیز ایده آل است زیرا برای آزمایش ۲۴ ساعته کافی است. در ضمن به آن اندازه کم است که بعد از آزمایش دز زیادی در بیمار باقی نمی ماند. کار کلیه نیز با استفاده از ترکیبی با ایزوتوپ ید ۱۳۱ نشان داده شده است (سدیم ید و هیپوریت) از طریق تزریق وریدی مورد بررسی قرار گرفته است. یک آشکار ساز گاما هر کلیه را زیر نظر می گیرد و با مقایسه آهنگ پذیرش ید۱۳۱ و اختلاف آن در دو کلیه چگونگی اختلال آنها را مشخص می سازد. تازه بیماران دز نسبتاً کمی را دریافت می کنند زیرا ترکیب رادیواکتیو بعد از یک دوره گردش کاملاً ـ از خون خارج و از کلیه دفع می شود. برخی تصور می کنند که پرتودرمانی روشی موقت در درمان سرطان است که سرانجام با یک «درمان سرطان» جایگزین آن خواهد شد. اما در حال حاضر به کارگیری مناسب پرتو درمانی بهترین راه برای زنده ماندن مبتلایان به سرطان است. پرتودرمانی اگر در آغاز بیماری صورت گیرد، احتمال درمان بیش از ۹۰ درصد است. این شیوه درمانی به اندازه جراحی شکل ظاهری بیمار را تغییر نمی دهد و از این رو برای درمان سرطان های سر و گردن انتخاب می شود.

*http://www.magiran.com/npview.asp?ID=۱۶۴۹۳۱۴

نقش محوری بهداشت حرفه ای در توسعه ی پایدار

medical ...

از نظر سازمان جهانی بهداشت

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت زیان های اقتصادی ناشی از عدم رعایت بهداشت حرفه ای در جهان مجموعآ بیش از ۱۰تا ۱۵ درصد از CNP را به خود اختصاص می دهد .

بنـا بر اعلامیه کنفرانس بین المللی عـالی ریو در سال ۱۹۹۲ ، توسـعه پایـدار به عنوان یـک استراتژی برای برآورد نیازهای جمعیت موجود دنیا ، بـدون ایجاد آّثار سوء بر بهداشت و سـلامت و محیط زیست و بدون به خطر انداختن منابع پایه جهانی و بالاخره بدون به خطر انـداختن فابلیتهای تولیـد در آینـده ، تبیین گردیـد . بنابراین اعلامیه در نقش محوری انسان در توسعه پایدار تأکید نموده و انسان را مستحقق برخورداری از یک زندگی بارور و سالم و هماهنگ با طبیعت می داند. و بهداشت حرفه ای بعنوان عنصری پایه ، از اصل توسعه پایدار می باشد .سازمان جهانی بهداشت به استناد قابلیت های بهداشت حرفه ای به شرح ذیل ، نقش محوری آن را در توسعه پایـدار مورد تأکید قرار میدهد :۱- پیشـگیری از حوادث و بیماریهـای شـغلی و نتیجتْاً جلوگیری از کاهش منابع مادی و انسانی۲- کـاهش فشارهـای روانی و اسـتفاده بهینه از نیروی انسانی موجود ۳- به کـارگیری ایمن ترین تکنولوژی همراه با مصـرف انرژی کمتر ، تولیـد آلودگی کمتر و مواد زایـد کمتر۴- ایجـاد انگیزه و نشاط و سـلامتی نزد نیروی کار که منجر به افزایش کیفیت محصولات ، بهره وری و فرآینـد مدیریت می گردد۵- اغلب مخاطرات محیطی از صـنعت، کشاورزی و حمل و نقل ناشـی می شود که حضور بهـداشت حرفه ای در مشاغـل فوق ، مخـاطرات محیطی ناشـی از آنهـا را نیز به حـداقل می رسـاند۶- بیش از ۵۰٪ افراد بزرگســال در محیـط کـار خـود بـه نحـوی در معرض یکی از عوامـل زیـان آور شـیمیایی ، فیزیکی ، بیولوژیـک ، ارگونومیـک یا استرسهای روانی و فشار کار بیش از حد قرار دارند ، بنابراین اعمال بهداشت حرفه ای می تواند نقش اساسی در تأمین یک زندگی سـالم وبـارور را برای جوامع فراهم کند۷- وضـعیت کلی محیط زیست و اکوسیسـتم بطور مسـتقیم یا غیر مسـتقیم بر روی بهداشـت کارگران در مشاغل مختلفماننـد کشاورزی ، معدن ، ماهیگیری و تولید تأثیر می گذارد بنابراین یک ارتباط دو جانبه بین ایمنی و بهـداشت حرفه ای از یک طرف و توسـعه پایدار توأم با محیط سالم از طرف دیگر وجود دارد. ۸- اختصاصأ در کشورهای در حال توسـعه بهـداشت و رفاه خانواده در گرو سـلامتی و بهره وری نیروی کار آن است ، در صورت فقـدان امنیت اجتماعی و پایین بودن سطـح بهـداشت و کاهش توان کاری این عضو کلیـدی، بحران شدیـدی در خانواده بوجود می آید که بطور غیر مسـتقیم سـلامت ، رفاه و اقتصاد جوامع را تحت تأثیر قرار می دهد.

*http://markazsalamat.ir/acomps.php?

نقش سازمان جهانی بهداشت در اجرای برنامه های شهرسالم

نقش سازمان جهانی بهداشت در اجرای برنامه های شهرسالم ... WHO

روستای سالم و رویکرد نیازهای اساسی توسعه در کشور جمهوری اسلامی ایران

پس از توافق کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت که کنفرانس آلماتا برای دستیابی به هدف «سلامت برای همه (HFA)» ، دو اصل اساسی این برنامه (همکاری بین¬بخشی و مشارکت مردمی) بدلیل معضلات اجرائی پیگیری و اجرا نشد. از طرف دیگر با آشکار شدن تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... بر روی سلامت و لزوم همسو و همسان نمودن محورهای مختلف توسعه با محوریت انسان سالم برای دستیابی به توسعه پایدار، سازمان جهانی بهداشت و دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی (EMRO) را برآن داشت تا برنامه ای را تحت عنوان «ابتکارهای جامعه محور» (CBI (Community Based Initiatives طراحی و معرفی نماید. این برنامه بر محوریت دو اصل یادشده (هماهنگی بین بخشی و مشارکت مردمی) تنظیم شده و مشتمل بر برنامه های شهرسالم-روستای سالم ، رویکرد نیازهای اساسی توسعه (BDN) و مشارکت زنان در امر سلامت و توسعه (توانمندسازی زنان) است.با پیگیری فراوان و حمایت های بسیار خوبی که از طریق سازمان جهانی بهداشت ، دفتر منطقه ای و دفتر نمایندگی سازمان در کشور جمهوری اسلامی ایران انجام شد، این برنامه ها از سالهای گذشته بمرحله اجرا گذارده شد. بدلیل علاقمندی و پشتیبانی بسیار خوب همکاران دفتر نمایندگی سازمان بخصوص جناب آقای دکتر مبشر شیخ (نماینده محترم سازمان) نسبت به این برنامه و حمایتهای بیدریغ ایشان چه بعنوان مسئول برنامه CBI در EMRO در گذشته وچه بعنوان نماینده محترم سازمان در حال حاضر، باعث گردید تا روند روبه رشد برنامه نسبت به سایر کشورهای منطقه نمود بسیار بارزتری پیدا کند. درحال حاضر این افتخار را داریم که بعنوان یک فیلد آموزشی ، بطور مرتب مورد بازدید مشاورین محترم سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان کشورهای منطقه قرار گرفته و براساس گزارشهائی که به دفتر منطقه ای ارسال شده ، روش اجرائی برنامه CBI در ایران بعنوان الگوی خوبی برای سایر کشورهای منطقه اعلام شده است.این سایت نیز با پشتیبانی و حمایت سازمان جهانی بهداشت راه اندازی شده و در نظر است تا کلیه اطلاعات مربوط به مرکز سلامت محیط و کار در اختیار علاقمندان و صاحبنظران قرار گیرد.

http://markazsalamat.ir/acomps.php?op=modload&name=News&file=article&sid=۵۹&mode=thread%E۲%۸۸%A۸der=۰&thold=۰

سیستم های مدیریت کیفیت ابزارپزشکی

–الزامات ... Requirements

کلیه الزامات این استاندارد اختصاصی است

۱ دامنه کاربرد (Scope)

۱–۱ کلیات

این استاندارد بین المللی، الزامات(Requirements) یک سیستم مدیریت کیفیت را در مواردی مشخص می کند که سازمان به اثبات توانایی خود در ارایه ابزارهای پزشکی وخدمات مرتبط که بطور مستمر خواسته های مشتری و الزامات قانونی و مقرراتی مربوط به ابزارهای پزشکی وخدمات مرتبط را برآورده می نماید نیازدارد.

هدف اولیه این استاندارد بین المللی تسهیل نمودن هماهنگی های لازم الزامات ابزارپزشکی برای سیستم های مدیریت کیفیت می باشد. در نتیجه، برخی الزامات خاص برای ابزارهای پزشکی به این استاندارد اضافه وبرخی الزامات ایزو۹۰۰۱ که بعنوان الزامات

قانونی ومقرراتی کاربرد ندارنـد حـذف می شونـد. بـدلیل این گونه حـذفیات، سازمان هایی که سیسـتم مدیریت کیفیت آنها با این استاندارد بین المللی انطباق دارد، نمی توانند انطباق سیستم خود را با ایزو ۹۰۰۱ اعلام نمایند، مگراینکه سیستم مدیریت کیفیت آنها با تمامی الزامات ایزو ۹۰۰۱ تطابق داشته باشد. (به پیوست ب رجوع شود.)

۱–۲ کاربرد (Application)

کلیه الزامات این اسـتاندارد اختصاصـی بوده وبوسـیله تمـامی سازمان هایی که ابزارهای پزشـکی تولیـدمی کنند بـدون توجه به نوع یااندازه سازمان قابـل بکارگیری میباشد.چنانچه الزامات قانونی، اجازه اسـتثناء نمودن (حذف) کنترل های طراحی وتکوین را بدهد (به بند ۷–۳ رجوع شود)، این مورد می توانـد بعنوان توجیهی برای حـذف آنها از سیسـتم مدیریت کیفیت بکار رود. این قوانین می تواننـد ترتیبات دیگری که بایـد در این سیسـتم مـدیریت کیفیت اشـاره شونـد را ارائه دهـد. حصول اطمینان از ادعای انطباق با این استاندارد بین المللی، با وجود حذف کنترل های طراحی وتکوین وظیفه سازمان می باشد. (به بند ۴–۲–۲ الف و ۷–۳ رجوع شود.) هرگاه برخی الزامات بند ۷ این استاندارد بین المللی بدلیل ماهیت ابزار(ها) پزشکی که این سیستم مدیریت کیفیت برای آن استفاده شـده، کاربرد نداشـته باشـد، سازمان نیازی به ذکر این الزامات در سیسـتم مـدیریت کیفیت خود نـدارد. (به بنـد ۴–۲–۲ الف رجوع شود.)

فرآینـدهایی که دراین اسـتاندارد بین المللی الزامی بوده، برای ابزار(ها) پزشـکی مورد نظر کاربرد دارد و توسط سازمان بکار گرفته نمی شوند، جزء مسوولیت سازمان می باشـند و باید درسیستم مدیریت کیفیت سازمان برای ذکر نشدن آنها دلیل موجه وجود داشته باشد. (به بند ۴–۱ الف رجوع شود.)

در این استاندارد بین المللی اصطلاح" درصورت مقتضی "بارها به کار رفته است. هرگاه یک الزام بوسیله این اصطلاح مطرح شود، فرض بر"مقتضـی "بودن آن الزام می باشـد، تا زمانیکه سازمان بتوانـد توجیهی برای عـدم بکارگیری آن مـدون نماید. هرالزامی که برای یکی از موارد زیر لازم باشد، بعنوان" مقتضی "درنظر گرفته می شود:

الف) برآورده نمودن الزامات مشخص شده ، توسط محصول و / یا

ب) انجام اقدام اصلاحی توسط سازمان

۲ مراجع الزامی (Normative references)

سنـدمرجعی کـه نـام آن درزیـرمی آیـد برای بکـارگیری این اسـتانـدارد ضـروری میباشـد. در مورد مراجع تاریخ دار، فقط نسـخه ذکرشده کاربرد دارد. برای مراجع روزآمد شده، آخرین نسخه مرجع (شامل هرگونه اصلاحات) معتبر اسـت.

استاندارد ایزو ۹۰۰۰ – سال ۲۰۰۰ – سیستم های مدیریت کیفیت – مبانی و واژگان

۳ اصطلاحات و تعاریف (Terms and definitions)

در ایـن اســتاندارد، اصطلاحـات بـا تعـاریف مذکـور در استاندارد ایـزو ۹۰۰۰ ، بعلاوه موارد زیر بکـار رفتـه اسـت.اصطلاحـات زیـر کـه در ایـن ویرایـش اســتانـدارد ایـزو ۱۳۴۸۵، بـرای تـشریـح زنجیره تـامین (Supply chain) بکـار گرفتـه شـده، بـه منظـور همـاهنگی بـا واژگـانی کـه اکنـون بکـار مـی رود { نسبت به ویرایش سـال ۱۹۹۶} تغییر یافتـه اسـت.

مشتری	سازمان	تامین کننده
(Supplier)	(Organization)	(Customer)

در ایـن استاندارد اصطـلاح "سازمان " جـایگزین اصطـلاح "عرضـه کننـده" کـه قبـلاً در استاندارد ایزو ۱۳۴۸۵ سـال ۱۹۹۶ بکـار رفتـه اسـت شـده و بـه واحـدی اطـلاق می گـردد کـه ایـن اسـتانـدارد در آن بـه کـار گرفتـه می شـود. همـچنین اصـطلاح " تـامین کننـده" نیز جـایگزین اصطلاح " پیمانکـار فرعـی " شـده اسـت.در سـر تـا سـر ایـن استاندارد، هـر گـاه اصطـلاح "محصول

" بکار می رود، این اصطلاح می تواند به معنای خدمت نیز باشد.هرگاه الزامات" ابزارپزشکی "مطرح گردند، این الزامات همچنین می توانند جهت خدماتی که توسط سازمان ارائه می گردند نیز کاربرد داشته باشند.

تعاریف زیر عمومی هستند، و با مفاهیم مطرح شده در قوانین ملی کشورها ممکن است اندکی متفاوت بوده واولویت آنها تغییر یابد.

۱-۳ ابزارپزشکی کارگذاشتنی فعال (Active Implantable Medical device)

ابزار پزشکی فعال که به صورت کلی یا جزئی، از طریق جراحی در بدن انسان و یا با مداخله پزشکی در یکی از منافذ طبیعی انسان قرار داده می شود و پس از کار گذاشته شدن در بدن باقی می ماند.

۲-۳ ابزار پزشکی فعال (Active Medical device)

ابزار پزشکی که عملکرد آن وابسته به یک منبع انرژی الکتریکی یا هر منبع انرژی دیگر که منشاء آن غیر از نیروی تولید شده توسط بدن انسان یا جاذبه باشد.

۳-۳ هشدار توصیه ای (Advisory Notice)

هشدارهایی که سازمان پس از تحویل ابزار پزشکی، جهت ارائه اطلاعات تکمیلی یا اضافی و/ یا هشدار در مورد اعمالی که باید انجام بگیرد جهت موارد زیر صادر می کند:

- استفاده از ابزار پزشکی.
- تغییر و تبدیل ابزار پزشکی.
- بازگرداندن ابزار پزشکی به سازمانی که آنرا تأمین نموده است.
- انهدام ابزار پزشکی.

یادآوری- صدور هشدار توصیه ای ممکن است جهت انطباق با مقررات ملی یا منطقه ای نیز لازم باشد.

۴-۳ شکایت مشتری (Customer Complaint)

مکاتبات وتماس های کتبی، الکترونیکی یا شفاهی که نقائص مربوط به اصل و شناسایی، کیفیت، ماندگاری، قابلیت اعتماد، ایمنی یا عملکرد یک ابزار پزشکی که وارد بازار شده است را ارائه نماید.

۵-۳ ابزار پزشکی کارگذاشتنی (Implantable Medical device)

ابزار پزشکی که در موارد زیر بکار می رود:

- از طریق عمل جراحی، به طور کلی یا جزیی در داخل بدن انسان یا یکی از منافذ طبیعی وارد شود.
- ازطریق عمل جراحی، برای جایگزینی سطح پوششی یا سطح چشم بکار رود.

این ابزار می بایست حداقل ۳۰ روز در بدن باقی مانده، خروج آن منوط به عمل جراحی یا مداخله پزشکی می باشد.

یادآوری- این تعریف برای ابزار پزشکی کارگذاشتنی به غیر از ابزار پزشکی کارگذاشتنی فعال به کار میرود.

۶-۳ برچسب گذاری (Labeling)

موارد نوشته شده، چاپ شده یا طراحی شده که

- بر روی ابزار پزشکی یا هریک از اجزاء یا لفاف بسته بندی
- همراه ابزارپزشکی

و مربوط به شناسایی، توضیحات فنی وکاربرد ابزار پزشکی بجز مدارک حمل باشند.

۷-۳ ابزار پزشکی (Medical Device)

هرگونه وسائل، ادوات، دستگاه ها، ابزار، ماشین، تجهیز، قطعات کارگذاشتنی، معرف های تشخیصی، کالیبراتور، نرم افزار مواد و موارد مشابه ومرتبط که به تنهایی یا به صورت ترکیبی بکار رفته وبرای مصرف انسان جهت اهداف زیر استفاده دارد:

– تشخیص، پیشگیری، پایش، معالجه یا تسکین بیماری

– تشخیص، پایش، معالجه، تسکین یا ترمیم آسیب دیدگی

– تحقیق، جایگزینی، اصطلاح یا پشتیبانی ساختمان بدن(Anatomy) یا یک فرآیند فیزیولوژیک

– حمایت و نگهداری زندگی

– کنترل جنین

– ضدعفونی کردن ابزارپزشکی

– آماده نمودن اطلاعات برای مقاصد پزشکی بوسیله آزمایش تشخیصی نمونه های بدست آمده از بدن انسان و آن ابزارهایی که عملیات اصلی مورد نظر در داخل و خارج بدن انسان را از طریق وسایل و ابزارهای داروشناسی، ایمنی شناسی و متابولیک به انجام نمی رسانند. (اما این سه گروه ابزار به اثربخشی عملکرد ابزارها کمک می کنند.)

۸-۳ ابزار پزشکی استریل (Sterile Medical Device)

آن گروه ازابزارپزشکی که انتظار می رود الزامات سترونی (Sterility) را برآورده نمایند.

یادآوری- الزامات سترونی ابزارپزشکی ممکن است بر طبق قوانین ملی یا منطقه ای باشند.

*http://medicblog.blogfa.com/post-۸۱۴.aspx

نانو غذاهای ایمن و بی‌خطر

۳۸۷ ، ۱۷:۱۹

نانو غذاهای ایمن و بی‌خطر... Nanotechnology

اختراعات فناوری نانو در محصولات غذایی

لیلا زارع پور – فرزانه خوش نام

خلاصه

اختراعات فناوری نانو در محصولات غذایی منجر به ورود محصولات جدید و بدیعی به بازار شده است.در طی چند سال اخیر فناوری‌نانو به عنوان جزء مهمی از صنعت غذا تبدیل شده است. شرکت‌های مطرح در صنایع غذایی به تحقیق و توسعه در این زمینه پرداخته‌اند و انتظار می‌رود اولین موج محصولات در آینده نزدیک به بازار وارد شود. این مقاله نگاهی به تلاش چند شرکت در زمینه نانوغذاهاست که خوانندگان را با قسمتی از پیشرفت‌های جدید در این عرصه آشنا می‌کند.

در طی چند سال اخیر فناوری‌نانو به عنوان جزء مهمی از صنعت غذا تبدیل شده است. شرکت‌های مطرح در صنایع غذایی به تحقیق و توسعه در این زمینه پرداخته‌اند و انتظار می‌رود اولین موج محصولات در آینده نزدیک به بازار وارد شود. البته این تنها شروع

است و یقیناً فناوری‌نانو در این عرصه راهی طولانی در پیش خواهد داشت. بنابر یک پیش بینی اقتصادی به وسیله تحلیل گران، بازار نانوغذاها از ۶.۲ میلیارد دلار فعلی به ۷ میلیارد دلار در سال آینده و به ۴.۲۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ خواهد رسید . فناوری‌نانو می‌تواند در خط تولید به منظور ایجاد ریزحسگرها و ماشین‌های تشخیص به‌کار رود و تولید غذاهای فاقد آلودگی را تضمین کند. این نانوابزارها در تشخیص میکروب‌های مضر و تعیین زمان ماندگاری محصول نیز کاربرد دارند و به مدیران در اتخاذ تصمیمات راهبردی مانند انتخاب بهترین روش حمل و نقل و انبار محصولات کمک می‌کنند. به گفته کامپرز، مدیر برنامه بیو فناوری‌نانو در دانشگاه واخنینگن، استفاده از فناوری‌نانو به منظور تضمین کیفیت فرآورده‌های غذایی، یقیناً به نفع مصرف‌کننده است؛ البته نانوحسگرها و تشخیص‌دهنده‌های روبوتیک فعلاً فقط در مراکز تحقیقات به‌کار می‌روند، اما پیش‌بینی می‌شود اولین سری این ماشین‌ها در طی ۴ سال آینده در محصولات غذایی ظاهر شوند . در حال حاضر شرکت های زیادی مانند Nestle، Keystone ،Hershey،Food و Unilever مشغول کار روی نانوغذاها هستند.گزارش شده است Nestle و Unilever امولوسیون‌هایی از نانوذرات را کشف کرده‌اند که باعث یکنواخت‌تر شدن بافت غذا شده، و می‌توان در تولید محصولاتی مانند بستنی از آنها استفاده کرد. دیگر پروژه‌های این شرکت، کار روی نانوکپسول‌هایی حاوی غذاهای غنی شده است که مواد مغذی و آنتی اکسیدانت‌ها را به تدریج به بخش‌های خاصی از بدن تحویل می‌دهند. این فناوری موادغذایی قدیمی را به ذراتی در ابعاد نانو تبدیل می‌کند که در داخل بدن رها شده و به خوبی جذب می‌شوند. این فناوری در غذاهای جدید کاربرد زیادی خواهد داشت. یکی دیگر از شرکت‌های پیشگام در توسعه نانوغذاها، شرکت Kraft است که با تأسیس کنسرسیوم نانوتک (Nanotek) در سال ۲۰۰۰ اولین گام‌های ورود فناوری‌نانو به صنعت غذا را برداشت. این کنسرسیوم مجموعه‌ای از ۱۵ دانشگاه و آزمایشگاه‌های تحقیقاتی ملی است و بیشتر در زمینه تهیه انواع غذاهای تعاملی و فرآورده‌های نوشیدنی فعالیت می‌کند که با ذائقه و نیازهای فردی مصرف کننده سازگار باشد و دامنه وسیعی، از نوشیدنی‌های تغییر رنگ‌دهنده تا غذاهای جدید سازگار با حساسیت مصرف‌کننده (یا نیازهای تغذیه‌ای او) را در برمی‌گیرد. فعالیت دیگر این شرکت، تهیه نانوفیلترهایی است که مولکول‌ها را بیشتر بر اساس شکل و نه بر حسب اندازه غربال می‌کنند، و این مسئله تفکیک اجزای خاصی از یک فرآوده، حتی در دست مصرف کننده را امکان‌پذیر می‌سازد. از دیگر اهداف این شرکت، کار روی بسته‌بندی‌های هوشمند غذایی است. از نانوحسگرهایی که به رهایش مواد شیمیایی ناشی از فساد غذاها حساس هستند می‌توان در بسته‌بندی‌های هوشمند استفاده کرد، تا به محض شروع خراب شدن غذا، رنگ بسته‌بندی تغییر کرده، به مشتری هشدار می‌دهد. این سیستم به مراتب دقیق‌تر و مطمئن‌تر از فروش با تاریخ مصرف است . یکی دیگر از شرکت های فعال در زمینه نانوغذا، NutraLease است که روی فناوری غذاهای غنی شده تحقیق کرده و جهت افزایش رهایش زیستی (Biodelivery) مواد غذایی، از نانوکپسول‌ها استفاده می‌کند. این فناوری در نوعی روغن آشپزی به‌کار برده شده است که از استرول‌های گیاهی به منظور کاهش جذب کلسترول و کاهش خطر بیماری‌های قلبی استفاده می‌کند. بر اساس گزارشی این فرآورده باعث کاهش حدود ۱۴درصد ازمیزان کلسترول LDL می‌شود. شرکت Oil Fresh از اجزای نانوسرامیکی در تهیه ماهی‌تابه‌های رستوران‌ها استفاده می‌کند که باعث کاهش زمان سرخ کردن و مصرف روغن می‌شود. استفاده از این فرآورده به رستوران‌ها اجازه می‌دهد که از روغن‌های گیاهی به جای روغن‌های هیدروژنه استفاده کنند و در نتیجه میزان چربی‌های ترانس کاهش یافته و غذاهای سالم‌تری به دست می‌آید. شرکت دیگری به نام Voridian از ترکیباتImpern نانوکامپوزیت ها در ساخت بطری‌های پلاستیکی نوشیدنی‌ها استفاده کرده است. Impern نوعی پلاستیک است که با نانوذرات خاک رس آمیخته و پلاستیک‌هایی به سختی شیشه ولی محکم‌تر را به وجود آورده است، که نسبت به شیشه شکنندگی کمتری دارند. لایه نانوذرات به‌گونه‌ای طراحی شده که فرار مولکول‌های دی‌اکسیدکربن از نوشیدنی و نفوذ مولکول‌های اکسیژن به درون نوشیدنی جلوگیری کرده، در نتیجه باعث حفظ تازگی و افزایش زمان ماندگاری محصول می‌شود. یکی دیگر از شرکت‌های فعال در این زمینه

Nanocor است. این شرکت مهم‌ترین تولیدکننده نانوکامپوزیت های پلاستیکی است. این پلاستیک‌ها ویژگی‌های ویژه‌ای از جمله ایجاد مانع بهتر برای جریان اکسیژن و دی‌اکسیدکربن دارد، که منجر به افزایش زمان نگهداری محصولات نانوکامپوزیت پلاستیک مقاوم می‌شود. همچنین این پلاستیک‌ها از پخش بو جلوگیری کرده، مانع جذب طعم یا ویتامین‌های موجود در غذا به وسیله بسته‌بندی می‌شوند. به طور کلی طراحی مولکولی این پلاستیک‌ها به‌گونه‌ای است که مقاومت محصولات را در برابر آتش و ثبات ساختار آنها را در برابر حرارت بهبود می‌بخشد. به عنوان مثال این مواد در سبدهایی برای جوشاندن مواد غذایی و بسته‌بندی‌هایی برای استفاده در مایکروویو کاربرد دارد. نانوکامپوزیت‌های پلاستیکی در بسته‌بندی های جدید مواد غذایی نیز قابل استفاده هستند . از دیگر محصولات کلیدی، حسگرهای بویایی الکترونیکی (بینی الکترونیکی) و هم خانواده جدیدتر آنها حسگرهای چشایی الکترونیکی (زبان الکترونیکی) هستند. این وسایل از زبان و بینی انسان تقلید می‌کنند با این تفاوت که نسبت به طعم‌ها و بوهای ناچیز حساسیت بیشتری دارند. بینی الکترونیکی آرایه‌ای از حسگرهای گازی در مقیاس نانو است و سطح بالای نانوذرات اجازه عبور بیشترین گاز ممکن از روی آنها را می‌دهد. این فناوری به همراه فناوری تشخیص الگویی، امکان ایجاد یک اثر انگشت دیجیتالی از هر بوی خاص را فراهم می‌کند. این محصولات در آزمایشگاه‌هایی از جمله NASA برای تشخیص مواد شیمیایی در حد ناچیز استفاده شده‌اند؛ اما در حال حاضر در صنایع غذایی جهت کنترل بهترین سطح تولید شده غذاها به‌کار می‌روند. این محصولات همچنین در جهت تشخیص آلاینده‌ها و تجزیه کیفی و کلی غذا مؤثر هستند. در حال حاضر بعضی شرکت‌ها نوعی زبان الکترونیکی را به کار می‌برند که شامل آرایه‌ای از حسگرهای مایع (الکترودهای پوشش داده شده با پلیمرهای هادی) به همراه فناوری تشخیص الگویی است که قادر به تشخیص طعم‌های ویژه از هم می‌باشد. از کاربردهای مهم این زبان، آزمون چشایی نوشیدنی‌ها مانند آب میوه‌ها، شیر، قهوه، آب معدنی و نوشابه‌ها و همچنین توانایی چشیدن مواد شمیایی در حد PPT است و هزینه تولید آن در حدود ۵۰ سنت می‌باشد. یقیناً این زبان نقش حیاتی خود را در مطالعات غذایی پیدا خواهد کرد. حسگر چشایی، در بسته‌بندی گوشت قادر به تشخیص اولین نشانه‌های فساد مواد غذایی بوده و با تغییر رنگ، فساد ماده غذایی را هشدار می‌دهد. نوع دیگر فناوری حسگرها، نانوبارکدها هستند که به وسیله شرکت Nanoplex Technologies تولید شده‌اند. نانوبارکدها مدل مولکولی بارکدهای سنتی است و شامل نانوذرات فلزی می‌باشند که اثر انگشت شیمیایی قابل شناسایی و خاصی دارند و می‌توانند از طریق یک ماشین (احتمالاً‌ـ یک لامپ UV یا میکروسکوپ نوری) تشخیص داده شوند. این نوع بارکدها می‌توانند برای حفاظت مارک و ارزیابی غذاهایی که در حالت عادی نمی‌شود بارکدهای سنتی را روی آنها چسباند، استفاده شود. آنها همچنین برای تشخیص پاتوژن‌ها در غذا مانند E. coli مورد استفاده قرار می‌گیرند. در حقیقت تشخیص پاتوژن‌ها از دیگر اهداف اصلی فناوری‌نانو در صنایع غذایی است. هانگ نیز روی نانو حسگرهای زیست‌شناسانه کار کرده است. این حسگرها قادرند مقادیر اندک پاتوژن‌ها در غذا را تشخیص دهند. همچنین امکان استفاده از آنها در مراکز نگهداری و حمل و نقل غذا به منظور کنترل دقیق در مقیاس مولکولی وجود دارد. وی همچنین روی غذاهایی که "عملکردی" نامیده می‌شوند کار کرده و نقش مواد مغذی که موجب سلامت و مانع از بیماری می‌شوند را کشف کرده است. هانگ می‌گوید:«بسیاری از غذاها به صورت ذاتی قادر به جلوگیری از بیماری‌ها هستند مثل چای سبز، هسته انگور و زنجبیل؛ اما مسئله این است که مصرف مستقیم این غذاها فایده‌ای برای بدن نداشته و بدن نیز به سختی آنها را جذب می‌کند؛ بنابراین به یک سیستم تحویل نیاز داریم که دسترسی زیستی آنها را افزایش دهد.» او به خصوص به جلوگیری از دیابت و چاقی علاقه‌مند است و این سؤال را مطرح می‌کند که چطور می‌توان از غذاهایی مانند بستنی و شکلات‌های خوش طعم استفاده کرد به صورتی که موجب چاقی نشوند؟در جواب باید گفت استفاده از مواد فیبری و کربوهیدرات‌ها به جای چربی می‌تواند به حل این مسئله کمک کند و برای دیابت نیز باید جایگزین‌های بهتری را برای شکر پیدا کرد. اگر هانگ یا دیگران بتوانند موفق به ایجاد غذاهایی خوش طعم ولی حاوی مواد جایگزین چربی

شوند و یا با به‌کار گیری نانوذرات مانع از جذب و ذخیره‌سازی چربی و کالری به‌وسیله بدن گردند، هدف نهایی را در غذا به دست آورده‌اند. هانگ می گوید:شرکت های زیادی درباره غذایی که شما را سیر کند ولی تأثیری روی وزن نداشته باشد، تحقیق می کنند ولی به دلیل توافق‌های محرمانه هنوز جزئیات فاش نشده است . گرچه دسترسی به این فناوری جدید آسان است، اما به دلیل گران بودن محصولات، ورود آن به بازار به این سرعت امکان‌پذیر نیست. البته این مشکلات قابل حل هستند و به زودی شاهد هجوم فرآورده‌های فناوری‌نانو از فرآورده‌هایی مؤثر برای ایمنی و سلامت گرفته تا غذاهای قابل برنامه ریزی و مطابق با سلیقه افراد، به صنعت غذا خواهیم بودکه نتایج شگفت‌آوری را در بر خواهند داشت، فقط باید امیدوار باشیم که یک ترس عمومی مانع از موج ابداع نشود همان‌گونه که برای غذاهای اصلاح شده ژنتیکی این اتفاق افتاد.جمع‌بندی: در طی سه سال گذشته، تأثیر عمیق فناوری‌نانو در صنایع غذایی و بسته‌بندی به اثبات رسیده است. اکنون بیش از ۳۰۰ فرآورده نانوغذایی در بازارهای جهانی موجود است. این موفقیت شگفت انگیز، منجر به سرمایه‌گذاری‌های هنگفتی در زمینه R&D در نانوغذا شده است. امروزه فناوری‌نانو یک شایعه پوچ نیست، بلکه حقیقتی لازم الاجرا در صنایع غذایی است و هر شرکتی که بخواهد در صنایع غذایی پیشگام باشد، باید کار با فناوری‌نانو را سریعاً شروع کند . در حال حاضر بیش از ۴۰۰ شرکت در سراسر دنیا در امر تحقیق، توسعه و تولید نانوغذاها فعالیت می کنندکه در صدر آنها، ایالات متحده امریکا، ژاپن و چین قرار دارند. تا سال ۲۰۱۰، آسیا با ۵۰ درصد جمعیت دنیا، به بزرگ‌ترین بازار نانوغذا تبدیل می‌شود و چین نیز در موقعیت پیشگام قرار خواهد داشت . پیشرفت بیشتر در رمزگشایی DNA و آنالیز آن، صنایع را قادر به پیش‌بینی، کنترل و بهبود محصولات کشاورزی می کند. تلفیق این فناوری با فناوری دستکاری مولکول‌ها و اتم‌های غذا، روش قدرتمندی را در اختیار صنایع غذایی می گذارد تا غذاهایی با قابلیت بسیار بیشتر و هزینه‌ای کمتر را طراحی کنند.

*http://nano.ir/paper.php?PaperCode=۴۱۸

اطلاعات یک سیستم جامع مدیریت در بیمارستان

اطلاعاتی که باید در یک سیستم جامع اطلاعات مدیریت یک بیمارستان باید در نظر گرفت:

سیستم اطلاعات مدیریت (پذیرش و مدارک پزشکی ترخیص" صورت حساب بیمار)"الف) سیستم پذیرش*** پذیرش***

در این سیستم کاربر می تواند اطلاعات ذیل را در کامپیوتر ثبت نماید.

۱. نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، جنس، نام پدر، شهر محل زندگی، وضعیت تاهل، شغل، نحوه پرداخت مخارج(آزاد ، بیمه،...)، پیش پرداخت،نحوه پذیرش(بستری، سرپایی، اورژانس)، تشخیص اولیه، وضعیت بیمار در هنگام مراجعه، آدرس، تلفن، مشخصات همراه و نسبت با بیمار، پزشک معالج، بخش بستری، علت بیماری، شماره تخت

۲. امکان تصحیح کلیه اطلاعات فوق در مورد بیمار۳. امکان پذیرش مجدد بیمارانی که سابقه پذیرش قبلی را داشته اند۴. امکان انتقال بیمار به بخش جدید در مورد بیماران انتقالی۵. امکان چاپ در فرمهای پذیرش (paste)۶. امکان تصحیح شماره پرونده بیمار۷. امکان حذف پرونده بخش و تخت بیمار۸. امکان مشاهده وضعیت کلی تختها۹. امکان ورود اطلاعات توضیحی برای بیمار۱۰. امکان تهیه فایلهای پشتیبان از اطلاعات برنامه*** ترخیص و تعیین هزینه***

۱. امکان محاسبه مخارج و تعیین هزینه (صورت حساب) بیمار با توجه به بیمه مربوطه و بخش مربوطه در مورد هر بیمار در این قسمت بر اساس بخش بستری ، لیست هزینه های مربوط وارد می گردد و سپس بر اساس آنکه بیمار آزاد باشد یا بیمه باشد بر اساس بیمه مربوطه تعیین هزینه با زدن کلید انجام می شود.

۲. امکان اعمال و در نظر گرفتن تخفیف و یا مخارج اضافی و پرداخت علی الحساب(پیش پرداخت)

۳. در مورد بیماران انتقالی بین بخشها امکان صدور صورتحساب مخارج به تفکیک بخشها یا یکجا نیز وجود دارد.

۴. امکان تکمیل پرونده بیمار از نظر اطلاعات مربوطه نظیر بیماری اصلی، بیماری فرعی اول و دوم، درمانهای اختصاصی ، جراحی اصلی، جراحی فرعی اول و دوم، نتیجه درمان و...

۵. امکان چاپ صورتحساب مخارج بیمار وجود دارد که اطلاعات آن شامل هزینه ها ، سهم بیمار، جمع کل هزینه ها، باقیمانده، مبلغ دریافتی، پیش پرداخت، هزینه همراه و مخارج ویژه، مخارج اضافی و تخفیف می باشد وصدور قبض نیز میسر است.

۶. امکان تعریف هزینه های متعلق به پزشکان از قبیل ویزیت، آنژیو و...***جستجو***۱. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس نام و نام خانوادگی بیمار۲. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس شماره پرونده۳. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس نام پزشک معالج۴. امکان باز نمودن مستقیم پرونده بیمار پس از جستجو۵. امکان جستجو بر اساس بخش بیمار۶. امکان جستجو بر اساس تاریخ بستری۷. امکان جستجو بر اساس تاریخ ترخیص

ساختار بیمه ها

۱. امکان تعریف سازمانهای طرف قرارداد با درصد مربوطه (٪ سهم بیمار و ٪ سهم سازمان)

۲. امکان تعریف درصد پرداخت متفاوت در مورد هزینه های مختلف برای هر بیمه یا سازمان طرف قرارداد.

۳. امکان Edit اطلاعات قبلی

۴. امکان تعریف هزینه های مختلف برای بخشها و بیمه های مختلف

۵. امکان تعیین قیمت تختها برای بیمه های مختلف

سیستم گزارش گیری

امکان ارائه گزارشات مالی و پزشکی و آماری

گزارشات آماری و پزشکی

۱. امکان ارائه لیست بیماران پذیرفته شده در هر بخش بر اساس تاریخ

۲. امکان ارائه لیست بیماران بستری در هر بخش بر اساس تاریخ

۳. امکان ارائه لیست بیماران فوتی بر اساس تاریخ

۴. امکان ارائه لیست بیماران انتقالی بین دو بخش بر اساس تاریخ۵. امکان ارائه لیست بیماران انتقالی از اورژانس بر اساس تاریخ۶. امکان ارائه لیست بیماران ترخیص شده بر اساس تاریخ۷. امکان ارائه لیست بیماران بر اساس بیماری۸. امکان ارائه لیست بیماران بر اساس پزشک معالج۹. امکان ارائه لیست بیماران۱۰. امکان چاپ و نمایش تمامی موارد فوق ، یا ذخیره به شکل فایل۱۱. امکان ارائه آمار بخشها۱۲. امکان ارائه آمار تخت در بیمارستان۱۳. امکان ارائه آمار ماهانه به طور کلی

*** گزارشات مالی***۱. امکان ارائه لیست صورتحساب سازمانهای بیمه و طرف قرارداد۲. امکان ارائه لیست صورتحساب بیماران بر اساس بخش بستری۳. امکان ارائه لیست صورتحساب جهت سازمان بیمه مربوطه۴. امکان ارائه گزارش لیست اسامی بیماران هر بیمه بر اساس بخش۵. امکان گزارش مقایسه ای بیمه های مختلف در بخشهای مختلف بر اساس تاریخ۶. امکان گزارش موارد تسویه تسویه نهایی

*http://managment۸۶.blogfa.com/

آشنایی با رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی

در کشور مـا متوسط زمان پـذیرش بیمار تا تعیین تکلیف نهایی ۲۱۹ دقیقه است؛ یعنی از زمـان پـذیرش بیمار در بخش اورژانس تا تعیین تکلیف نهایی او به طور متوسط سه ساعت و نیم طول میکشد، زمانی که موجب صدمات جسمی، روحی و خسارات مالی غیر جبرانی میگردد. بیشـک یکی از مهمـترین دلایـل بروز این مشـکل و سـایر مشـکلات موجـود در بیمارسـتانها، نبود مـدیریت قوی و توانمنـد است. مـدیریتی که بتوانـد بـا تکیه بر دانش و تجربـهٔ لازم از امکانـات موجود، بهترین بهره وری را داشـته باشـد و رضایت کارکنـان و بیمـاران را تـأمین کرده و بهترین خـدمات را در کمترین زمان ارائه دهـد امروزه چنین مـدیریتی نیاز به دانش تخصصـی دارد. دانشـی که در کشور ما در رشـته مـدیریت خـدمات بهـداشتی ـ درمانی آموزش داده میشود.در حقیقت از طراحی ساختمان تا برنـامه ریزی برای ایجـاد، اداره، توسـعه و احتمالاًـ تعطیل یک بیمارسـتان نیازمنـد بهره گیری از انـدیشه متخصـصان رشـته مـدیریت خـدمات بهـداشتی ـ درمانی است. افرادی که علاوه بر دانش مدیریت در زمینه داروشناسـی، مدیریت اختصاصـی واحدهای مختلف بیمارسـتانی، اسـتانداردهای بیمارسـتانی، کـاربرد کـامپیوتر در مـدیریت بیمارسـتان، روابط درون بخشـی و برون بخشـی بیمارسـتان، سازمـان و مـدیریت بهـداشت و درمان در ایران، ارزیابی مراقبتهای بهـداشتی و درمانی، برنامه ریزی و مـدیریت استراتژیک در نظام بهداشتی و درمانی و نظام بهداشتی و درمانی تطبیقی اطلاعات لازم را دارند همچنین کلیاتی درباره داروسازی، پرستاری، پزشکی و بهـداشت بیمارسـتان میخواننـد.رشـته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی با بررسـی دروس مدیریت و تطبیق آن با دروس بهداشتی؛ نحوه اداره امور شـاخه هـا یـا زیرمجموعه های مختلف نظام بهـداشت و درمان را تعیین میکنـد؛ یعنی نحوه اداره شـبکه های مختلف نظام بهداشت و درمان از خانههای بهداشت گرفته تا مراکز بهداشتی ـ درمانی روسـتایی و شهری، بیمارستانهای عمومی و تخصصی وابسته به مرکز بهداشتی ـ درمانی شهری، درمانگاهها، دانشگاههای علومپزشکی و بیمارستانهای تخصصی و آموزشی وابسته به آنها و حتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشـکی، به دانشآموختگان این رشـته در سه مقطع کارشناسـی، کارشناسی ارشد و دکترا آموزش داده میشود.تواناییهای لازم :فارغ التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی به عنوان مدیر بخش بهداشت و درمان عمـدتاً بـا بیمـاران؛ یعنی بـا ضـعیفترین ، مظلومترین، نیازمنـدترین، حساسترین و ناشـکیباترین انسانها روبرو است. و از سوی دیگر با استرس، اضـطراب، کمبودهـا، نواقص، نارضـایتی ها و برخوردهای متنوع سـروکار دارد؛ بنابراین بایـد از پختگی، تحمل و شـکیبایی برخوردار باشد. همچنین لازم است که از نظر جسمی و روحی قوی بوده و در تصمیمگیری قاطع باشد.در ضمن دانشجوی این رشته باید به دروس علوم تجربی مثل فیزیک، شـیمی، ریاضـی، زیستشناسـی و همچنین زبان انگلیسـی مسلط باشد.موقعیت شغلی در ایران :امروزه وزارت بهـداشت، درمـان و آموزش پزشـکی به اهمیت رشـته مـدیریت خـدمات بهـداشتی ـ درمـانی و نیـاز جـامعه به فـارغ التحصیلان آن پی برده است و به همین دلیل به رغم آن که در تعدادی از رشته های علوم پزشکی مانند پزشکی، پرستاری و مامایی بـا تعـداد قابـل توجهی فارغ التحصـیل مازاد نیاز روبرو هستیم؛ در کل ساختار مـدیریتی نظام بهـداشت و درمان کشور، از وزارتخانه گرفته تـا دانشـگاههای علوم پزشـکی، شـبکه هـای بهـداشتی ـ درمـانی و بیمارسـتانها به فارغ التحصـیلان این رشـته در هر سه مقطع لیسانس، فوق لیسانس و دکترا نیاز داریم. همچنین فارغالتحصـیل این رشته میتواند در هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی فعالیت نماید.

قانون مدیریت پسماند

یبهشت ۱۳۸۸ ، ۱۶:۵۵

قانون مدیریت پسماند ۲– پردازش : کلیه فراینـدهای مکانیکی ، شـیمیایی ، بیولوژیکی که منجر به تسـهیل در عملیات دفع گردد .د– منظـور از آلـودگی همـان تعریـف مقرر در مـاده (۹) قـانون حفـاظت و بهسـازی محیـط زیست ــ مصـوب ۲۸/۳/۱۳۵۳ ــ اسـت .تبصره۱– پسـماندهای پزشـکی و نیز بخشـی از پسـماندهای عـادی ، صـنعتی و کشـاورزی که نیـاز به مـدیریت خاص دارنـد ، جزو

پسماندهای ویژه محسوب می شوند .تبصره ۲- فهرست پسماندهای ویژه از طرف سازمان، با همکاری دستگاه های ذیربط تعیین و به تصویب شورای عالی حفاظت محیط زیست خواهد رسید .تبصره ۳- پسماندهای ویژه پرتوزا تابع قوانین و مقررات مربوط به خود می باشند .تبصره ۴- لجن های حاصل از تصفیه فاضلاب های شهری و تخلیه چاه های جذبی فاضلاب خانگی در صورتی که خشک یا کم رطوبت باشند در دسته پسماندهای عادی قرار خواهند گرفت .ماده ۳موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است با همکاری وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای حسب مورد ، استاندارد کیفیت و بهداشت محصولات و مواد بازیافتی و استفاده های مجاز آنها را تهیه نمایدماده ۴دستگاه های اجرایی ذیربط موظفند جهت بازیافت و دفع پسماندها تدابیر لازم را به ترتیبی که در آیین نامه های اجرایی این قانون مشخص خواهد شد، اتخاذ نمایند . آیین نامه اجرایی مذکور می بایستی دربرگیرنده موارد زیر نیز باشد :۱- مقررات تنظیم شده موجب گردد تا تولید و مصرف ، پسماند کمتری ایجاد نماید .۲- تسهیلات لازم برای تولید و مصرف کالاهایی که بازیافت آنها سهل تر است، فراهم شود و تولید و واردات محصولاتی که دفع و بازیافت پسماند آنها مشکل تر است، محدود شود .۳- تدابیری اتخاذ شود که که استفاده از مواد اولیه بازیافتی در تولید گسترش یابد .۴- مسئولیت تامین و پرداخت بخشی از هزینه های بازیافت بر عهده تولیدکنندگان محصولات قرار گیرد .ماده ۵مدیریت های اجرایی پسماندها موظفند بر اساس معیارها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترتیبی اتخاذ نمایند تا سلامت ، بهداشت و ایمنی عوامل اجرایی تحت نظارت آنها تامین و تضمین شود .

*۳۰۰۵,http://eshiraz.ir/bazyaft/fa/ghanon

سلامت دیجیتالی

وحید نقشینه

در این مقاله سلامت الکترونیک شرح داده می شود. تعریف سلامت الکترونیک، تاریخچه سلامت دیجیتال، حوزه های سلامت دیجیتال، و زیرساخت های e-Health مباحث این مقاله را تشکیل می دهند. ۱- مقدمه سلامت الکترونیک (e-Health) یک زمینه نوظهور از برخورد انفورماتیک، پزشکی، بهداشت عمومی و تجارت است که از طریق شبکه جهانی وب (world wide web) و تکنولوژی های مرتبط با آن ارتقا و تکامل می یابد. سلامت الکترونیک را نه تنها به عنوان یک توسعه فنی بلکه به عنوان حالتی روحی، طرز تفکر و یک حرکت عمومی جهانی می توان توصیف کرد. برای توصیف واژه سلامت الکترونیک باید از فناوری اطلاعات و ارتباطات (Information Comunication Technology) در بخش سلامت بهره برد. اطلاعات دیجیتالی در بخش سلامت و بهداشت برای مقاصد بالینی و آموزشی و مدیریتی از طریق الکترونیکی، انتقال ذخیره و بازیابی می شود. ۲- تعریف سلامت الکترونیک سلامت الکترونیکی یک زمینه جدید و روبه رشد از تلاقی اطلاع رسانی پزشکی ـ سلامت عمومی و مبادلات تجاری است که به خدمات و اطلاعات سلامت ارائه شده و یا تقویت شده از طریق اینترنت و فناوری های وابسته اطلاق می گردد. در مفهومی وسیع تر این واژه نه تنها به توسعه فناوری اشاره می کند بلکه زمینه ای جامع برای ارتقای محلی ـ منطقه ای و بین المللی مراقبت بهداشتی با استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات است. ۳- تاریخچه سلامت دیجیتال واژه e-Health ابتدا در دهه ۹۰ میلادی کلمه ای عمومی بود و به تمام مسائل مشترک میان کامپیوتر و پزشکی اطلاق می شد. این کلمه در ابتدا بیشتر به وسیله بخش صنعت و تجارت مورد استفاده واقع می شد و کاربرد علمی آن بسیار کم بود. در آن زمان تمام خدماتی که اینترنت برای سلامت جامعه می توانست ارائه دهد در این حوزه قرار می گرفت. به عنوان مثال شرکت Intel از e-Health به عنوان تلاشی مشترک از سوی مسئولان بهداشت جهانی و فناوری یاد می کند، اما با گسترش نفوذ اینترنت در جوامع و افزایش گرایش کاربران به استفاده از اینترنت، سلامت دیجیتال نیز دچار تحولی عظیم شد و از کاربردی عمومی خارج شده و

تبدیل به یک زیرشاخه از بهداشت عمومی شد. پس از آن کاربران و متخصصان فراوانی به استفاده از e-Health روی آوردند و سلامت الکترونیکی به واژه ای علمی و آکادمیک تبدیل شد اما در ابتدا گروهی از دانشمندان و متخصصین با ورود این واژه به لغات علمی و دانشگاهی مخالف بودند و آن را واژه ای صرفاً تجاری می دانستند اما براثر توسعه دامنه کاربرد مجوز ورود صادر شد به گونه ای که امروزه در بانک اطلاعات پزشکی دنیا (medline) صدها مقاله علمی مرتبط با حوزه سلامت الکترونیکی می توان یافت. ۴- حوزه های سلامت دیجیتال فواید فراوانی از سلامت الکترونیکی می توان به دست آورد اما باید این نکته را نیز در نظر داشت که توسعه و گسترش خدمات بهداشتی و درمانی بدون استفاده از رایانه و تکنولوژی های مرتبط عملیاتی نخواهد بود. لذا برای تبیین بیشتر این کاربرد در ۱۰ حوزه به شرح زیر قابل تفسیر است: ۴-۱- توانمندسازی به دلیل در دسترس قرار گرفتن اطلاعات و دانش پایه و مورد نیاز پزشکی و بهداشتی از سوی شبکه های اطلاعاتی برای همگان، راه های جدیدی به سوی درمان بیمار محور در جامعه اطلاعاتی ایجاد می شود. مردم جوامعی که اطلاعات صحیح و کافی را نسبت به مراقبت از سلامت خود دارند، کمتر دچار بیماری شده و در صورت ابتلا به بیماری نیز می دانند که در چه زمانی به چه متخصصی رجوع کنند. بدین ترتیب از مراجعه های مکرر آن ها به مراکز غیرمرتبط جلوگیری به عمل آمده و در نتیجه شاهد ترافیک های بیهوده در محیط های بهداشتی نخواهیم بود، افزون بر این افراد بیمار می توانند آموزش های مورد نیاز خود را در مورد برخورد با بیماری و عوارض آن از طریق شبکه های اطلاع رسانی دریافت کنند. ۴-۲ـ امکان تبادل اطلاعات میان مؤسسات بهداشتی در این حوزه از سلامت دیجیتال امکان تبادل اطلاعات و اسناد پزشکی میان مؤسسات بهداشتی و درمانی فراهم خواهد شد به نحوی که همواره از آخرین تغییرات دارویی، نسخه های درمانی، آموزش های پرستاری و مراقبتی و دیگر اطلاعات مورد نیاز آگاه شوند، بانک های اطلاعاتی (Data Base) این مؤسسات همواره به روز بوده و از آخرین تجربیات همکاران خود در هر گوشه از جهان می توانند استفاده کنند. ۴-۳ـ اصول اخلاقی سلامت الکترونیکی الگوهای نوین ارتباطی میان پزشک و بیمار؛ پزشک و پزشک را ایجاد خواهد کرد و چالش ها، تهدیدها، تحولات ونیز فرصت های جدیدی از جنبه اخلاق را به وجود می آورد. از جمله این چالش ها بحث اخلاق پزشکی در درمان های online، محرمانه ماندن اطلاعات بیماران، محرمانه نگه داشتن مهارت های تخصصی پزشکان و نیز رضایت پزشک و بیمار در درمان است. ۴-۴ـ کارآیی خصوصیاتی همچون حافظه، سرعت در پردازش و تحلیل و توانایی انجام حجم زیادی از عملیات موجب خواهد شد که مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از رایانه بتواند پیشرفت های قابل ملاحظه ای در راه توسعه و پیشرفت بردارد. برای تصمیم گیری در عرصه ارائه خدمات سلامت اصل نخست جمع آوری اطلاعات مناسب است. در زمان های گذشته در اثر یک مورد بیماری جدید زمان زیادی را به خود اختصاص می داد، اما امروزه به عنوان اقدامی فوری در بخش سلامت دیجیتال، قابل انجام است. ۴-۵-آموزش online یکی از حوزه های سلامت الکترونیکی که ارتباط بسیار نزدیک و تنگاتنگی نیز با آموزش الکترونیکی e_learning دارد حوزه آموزش online سلامت است. در این بخش از سلامت دیجیتال متون آموزش پزشکی، آموزش سلامت، اطلاعات بهداشتی و درمانی و نیز اطلاعات پیشگیری از وقوع بیماری ها به صورت online و به شکل متن، صدا، تصویر و فیلم بر روی شبکه جهانی وب (world wide web) قرار می گیرد تا همه کاربران به آن دسترسی داشته باشند. همچنین جدیدترین مسائل و یافته های پزشکی دنیا نیز بر روی شبکه جهانی قرار می گیرد تا پزشکان و متخصصان با مراجعه به آن اطلاعات پزشکی و درمانی خود را به روز نگاه دارند. ۴-۶- ارتباطی جدید سلامت دیجیتال نوعی ارتباط جدید میان بیمار و پزشک برقرار خواهد کرد . ارتباطی تمام وقت و ۲۴ ساعته که این ارتباط در روزهای غیرکاری و تعطیل نیز قابل انجام است. بیمار از طریق آدرس اینترنتی که پزشک معالجش در اختیار او قرار داده، می تواند آخرین اطلاعات را درباره بیماری خودبه دست آورده و با آخرین و جدیدترین درمان ها آشنا شود. افزون بر این می تواند علایم و نشانه های جدید را که خود می بیند و دردهایی را که در بدن خود احساس می کند به صورت online در اختیار پزشک معالج

خود قرار دهـد و پزشـک نیز راهنمایی های خود را به صورت online انجام دهـد، بـدون این که نیاز به حضور فیزیکی هر یک از دو طرف در مطب و یا بیمارسـتان باشـد. همچنین در صورت حاد شـدن مشـکل مریض می تواند با ارسال درخواستی برای پزشـک معالـج خود، تقاضـای حضور فیزیکی ایشـان را در منزل و یا محل کار خود بنمایـد. این نوع از ارتباط که شـکل جدیـدی از ارتباط میان پزشک و بیمار است به نوعی مشارکت تبـدیل شـده و منجر به اتخاذ تصـمیمات مشترک نیز خواهـد شد که این امر در بیماری های جدید موجب افزایش سطح علمی پزشک و معالجه زودتر بیمار خواهد شد. ۴-۷- گستره جغرافیایی توسعه گستره مراقبت های بهداشتی به فراتر از مرزهای جغرافیایی در مقوله سـلامت الکترونیکی بیماران مفهوم جدیدی است از پزشکان بی مرز. در حوزه e-Health مراقبت های درمانی به فراتر از مرزهای قراردادی بشـری، پزشکان را قادر می سازد تا به آسانی مراقبت های پزشکی خود را به صورت online از طریق اینترنت پیگیری نمایند و نیز دسترسـی بیماران را به دلیل نبود حضور فیزیکی پزشک معالج، محدود نخواهـد کرد. همچنین پزشـکان قـادر خواهنـد بود تا با حضور مجازی در کشورهای عقب مانـده به مشـکلات بیماران این کشورها رسیدگی کننـد. بـدون آن که حضور فیزیکی خود را در کشورشان از دست بدهند. این امر منجر به افزایش سـطح جهانی سـلامت بهداشتی خواهد شد. ۴-۸- افزایش کیفیت خدمات سـلامت به دلیل ثبت و نگهداری اطلاعات پزشکان و مراکز بهداشتی در حافظه رایـانه هـا، مقـایسه میـان ارائه کننـدگان خـدمات بهـداشتی درمـانی راحت تر خواهـد بود. زمـانی که این مقـایسه صورت می گیرد مشتریان به سوی مراکزی که خـدمات با کیفیت تری ارائه می دهنـد، هـدایت خواهند شد و این امر سـبب ازدحام جمعیت در مراکز بهـداشتی و لزوم نوبت دهی برای مراجعه، اعلام نتایـج آزمایشـگاهی و امکـان بحث و بررسـی راه هـای درمانی از طریق اینترنت را فراهم می آورد و به دلیـل اسـتقبال مردم از مراکز درمـانی بـا کیفیت تر، دیگر مراکز نیز به سـمت تعالی پیش خواهنـد رفت. ۴-۹- مبتنی بر مدارک بودن معالجات در محیط e-Health باید براساس مسـتندات صورت بگیرد به این معنی که اگر برای بیمار روش درمـانی خاصـی پیشـنهاد شود این روش بایـد با یافته های علمی روز مطابقت داشته باشـد همچنین پیش بینی یک روش درمانی نیز براساس آخرین اطلاعات و دانش پزشـکی روز میسر خواهد شد. البته در این حوزه نیاز به کار زیادی وجود دارد تا بسترهای علمی آن فراهـم شـود. ۴-۱۰- افزایش دسترسـی به خـدمات تـأمین عـدالت اسـتفاده از خـدمات e-Health سبب خواهـد شـد که افراد خـدمات سـرویس های بهداشتی درمانی مورد نیاز خود را از ارائه دهندگان آن در هر نقطه از جهان دریافت کنند. این خدمات می توانـد شامـل مشـاوره های ساده و ابتـدایی تا معالجات پیچیـده تری در بیماری های مزمن باشـد. به این ترتیب فردی که تاکنون تنها امکان استفاده از خدمات بهداشتی را تنها در شهر خود داشته است اکنون توانایی استفاده از این خدمات را در هر کجای دنیا دارد و دسترسـی استفاده کنندگان به مراکز بهداشتی راحت تر شده و بدین ترتیب امکان برقراری عدالت فراهم خواهد شد. ۵- زیرساخت های e-Health بحث سـلامت الکترونیـک رابطه نزدیکی بـا زیرسـاخت هـای دیجیتـالی هر کشوری و نیز فرهنـگ دیجیتـالی آن کشور دارد. برای برقراری نظـام سـلامت دیجیتـالی هر کشوری زیرساخت های مخابراتی و اینترنتی آن کشور نقش تعیین کننـده ای دارد. درصد کاربران از اینترنت، میزان نفوذ فیزیکی اینترنت در کشور، سایت های ارائه دهنده اطلاعات پزشکی و درمانی، سرویس دهندگان اینترنت و غیره از عوامل مهم در توسـعه سـلامت الکترونیکی هستند. همچنین نقش وزارتخانه ها و سازمان های درگیر در حوزه سلامت الکترونیکی مانند وزارت فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های مرتبط بسیار مهم خواهـد بود. منبع : روزنامه ایران، یکشـنبه ۲۳ اردیبهشت ۱۳۸۶، سال سیزدهم، شماره ۳۶۳۶، صفحه ۱۶.کلیدواژه : سلامت الکترونیک ؛ e-Health ؛ سلامت دیجیتال

اصول مدیریت اثربخش بیمارستان

مـدیر بیمارسـتان مجبور است بـا کارکنـانی که در سازمـان حضور دارنـد، کـار کنـد. بنابراین بایـد آنها، انگیزه‌ها و آرزوهایشان را

بشناسد و آنها را به صورت یک گروه مرتبط سازماندهی نماید. کارکنان سازمان چه کسانی می‌باشند؟، خواسته‌های آنها چیست آیا خواسته‌های آنها برآورده شده است اگر برآورده نشده است به چه علت‌هایی بوده است آیا کارکنان برای انجام درست وظایفشان سازماندهی شده‌اند؟

مدیریت اثربخش برای اداره موثر بیمارستان به اصول زیر نیاز دارد: ۱- درک موقعیت الف - اهداف سازمان برای چه تأسیس شده است ؟ اهداف کدامند؟ آیا اهداف تغییر یافته‌اند؟ چرا اهداف تغییر یافته‌اند؟ آیا سازمان به اهداف دست یافته است اگردست نیافته است به چه علت هایی بوده است آیا می‌توان به اهداف دست یافت احتیاجات و نیازمندی‌ها کدامند؟ اولویتها کدامند؟ آیا همه کسانی که در بیمارستان کار می‌کنند، از اهداف اطلاع دارند؟ ب - کارکنان مدیر بیمارستان مجبور است با کارکنانی که در سازمان حضور دارند، کار کند. بنابراین باید آنها، انگیزه‌ها و آرزوهایشان را بشناسد و آنها را به صورت یک گروه مرتبط سازماندهی نماید. کارکنان سازمان چه کسانی می‌باشند؟، خواسته‌های آنها چیست آیا خواسته‌های آنها برآورده شده است اگر برآورده نشده است به چه علت‌هایی بوده است آیا کارکنان برای انجام درست وظایفشان سازماندهی شده‌اند؟ ج - خدمات هر بیمارستانی از طریق منابع سازمانی به بیماران خدمات ارائه می‌دهد. بیشترین نیاز چیست بیشترین تقاضا چیست بیشترین امکانات چیست چگونه می‌توان نیازها، خواهش‌ها و تقاضاها را برآورده ساخت چگونه می‌توان خدمات بیمارستانی را بهبود بخشید؟ ۲- هماهنگی و یکپارچگی هیچ کدام از بخش‌های بیمارستان مستقل از سایر بخش‌ها نمی‌باشد، بلکه در ارتباط با یکدیگر هستند. مدیر به هنگام اعمال تغییر در سازمان باید از خود بپرسد که آیا این تغییر و تحول منجر به توسعه و بهبود کل بیمارستان می‌گردد یا خیر؟ چه کسانی از این تغییر و تحول زیان یا منفعت می‌برند؟علاوه بر این وجود هماهنگی بین بیمارستان و سایر مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی نیز ضروری است با توجه به نوع بیمارستان مدیر بیمارستان قادر به پذیرش همه بیماران نمی‌باشد، بلکه باید تعدادی از آنها را به مراکز و مؤسسات درمانی دیگر ارجاع دهد و بالعکس سطح بندی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی منجر به افزایش درصد اشغال تخت خواهد شد. ۳- رهبری یک رهبر خوب باید دارای ویژگی‌های زیر باشد: الف - صداقت کارکنان وقتی از مدیر خود صداقت ببینند، در کارهای خودشان نیز صداقت خواهند داشت ب - اعتماد به نفس اگر مدیر به خودش ایمان داشته باشد، برای رسیدن به اهداف بیشتر تلاش می‌کند. ج - ابتکار: مدیر باید خود خلاق فرصت‌ها باشد. هیچگاه نباید منتظر باشد تا دیگران کارهای بزرگ را برای وی انجام دهند. د - جدیت مدیر برای هر کاری که می‌خواهد انجام دهد باید جدیت به خرج دهد. علاوه بر این باید بتواند اهداف شخصی کارکنان را به اهداف سازمانی تبدیل کند. ه- همکاری مدیر مجبور است با افرادی کار کند که تجارب و آگاهی‌های مختلفی دارند. بنابراین باید بتواند اهداف شخصی کارکنان را به اهداف سازمانی تبدیل کند. و - تصمیم‌گیری با توجه به اختیاراتی که به مدیر داده شده است او باید تصمیم بگیرد، مشکلات را مشخص ، راه‌حلها را تعیین و بهترین راه حل را با توجه به موقعیت فعلی انتخاب کند. ز- دور ریختن ترس مدیر به هنگام بوجود آوردن تغییر و تحول در سازمان باید آمادهٔ رویارویی باخطرات و مشکلات باشد. به خصوص با وجود سازمان‌های غیر رسمی که همواره در مقابل تغییر و تحولات از خود مقاومت نشان می‌دهند،این مورد تشدیدتر می‌شود. مدیر نباید از شکست و انتقاد بترسد. شکست مقدمه‌ای برای پیروزی است شکست زمینه را برای پیروزی فراهم می‌سازد. پیروزی در دامان شکست پرورش می‌یابد. ح - انتخاب هدف مدیر باید در مورد آنچه که می‌خواهد انجام شود، تصمیم بگیرد و اهداف را مشخص کند. ۴- تشکیل گروه‌تنها تلاشهای گروهی می‌تواند نتایج مطلوبی به همراه داشته باشد. مدیر باید هیأت مدیره همکاران و زیردستان خود را به طور کامل بشناسد. کارکنان را به مشارکت در فرایند برنامه ریزی و به عهده گرفتن مسئولیت‌ها تشویق نماید. نیازمندی‌های کارکنان را بشناسد و نسبت به رفتارهای روزانه آنها بی‌تفاوت نباشد. ۵- اطلاعات مهارتها و تجارب‌مدیر باید دارای اطلاعات کافی در زمینه مدیریت بیمارستان باشد. قوانین و مقرراتی وجود دارد که بایدنسبت به آنها آگاهی به‌دست آورد و مهارت‌های خود را در زمینه مدیریت توسعه دهد.

نیازی نیست که مدیر در مورد هر چیزی اطلاعات داشته باشد و مجبور هم نیست که اطلاعات دقیقی از همه چیز داشته باشد، ولی باید دارای یک سری اطلاعات ضروری و کاربردی باشد. به عنوان مثال در مورد تجهیزات بیمارستانی باید اطلاعاتی داشته باشد که بتواند به این سؤالات پاسخ دهد؛ از این دستگاه چه انتظاراتی داریم آیا دستگاه می‌تواند انتظارات ما را برآورده سازد؟ این دستگاه به چه تعداد بیمار خدمات می‌دهد؟ در صورت بروز عیب و مشکل باچه کسی باید برای رفع عیب دستگاه تماس گرفت ۶- خلاقیت و نوآوری‌برای توسعه و بهبود هر بیمارستان خلاقیت و نوآوری ضروری است مدیر باید خلاق و نوآور باشد؛ زیرا با شرایط جدید، فرصت‌های جدید، خطرات و تهدیدهای جدید مواجه خواهد شد. برای مقابله با این موارد باید کارهایی انجام دهد که قبلاً انجام نمی‌شد. توانایی بیمارستان در ترویج نوآوری و خلاقیت اغلب موفقیت آن را به دنبال دارد. همه انسانها دارای خلاقیت و نوآوری می‌باشند منتها با اندکی کم وزیاد. انسان‌ها همواره سعی در مقاومت در مقابل پدیده‌های ناشناخته دارند و از ایجاد تغییرات به علت عوارضی که ممکن است در برداشته باشد، می‌ترسند. *http://hcpm.blogfa.com/cat-۱۳.aspx

چالش‌هایی برای مدیریت بیمارستان

پس از پایان یافتن جنگ جهانی دوم شاهد رشد چشمگیری در علم و تکنولوژی بوده‌ایم علوم و تکنولوژی منابع سرشاری را به ما عرضه می‌دارند، تا در حل مشکلات خود از آنها بهره گیریم و در عین حال خود موجد مسائل تازه‌ای هستند، که واقعیتی از عصر حاضر است

این پدیده‌ای را که مورخان آینده از آن به عنوان ویژگی برجسته دوره ما یاد خواهند کرد، امروزه تعالی علمی ما را از دنیای بعد از جنگ جهانی دوم به طور محسوسی جدا ساخته است مدیریت و چالش‌های وابسته به آن نیز در این راستا به عنوان یک سلسله مسائل انسانی و فنی دستخوش تغییر وتحول شده است اقتصاد افزایش فزاینده هزینه‌های بیمارستانی نیازمند توجهات اساسی مدیران و مشاوران مالی آنها در زمینه کارایی بیمارستان‌ها می‌باشد. عدم کارایی بیمارستان‌ها می‌تواند منتج از علل زیر باشد: ۱- استفاده نامناسب از درمانهای مؤثر ۲- استفاده از درمانهای نامناسب ۳- استفاده نامناسب از تجهیزات بهداشتی درمانی ۴- مدت اقامت نادرست بیماران در سازمان‌های بهداشتی درمانی تکنولوژی تکنولوژی جدید منجر به کارایی و اثربخشی بیمارستان‌ها گردیده است به دلایل متعددی تکنولوژی پیشرفته مورد توجه بیمارستان‌ها می‌باشد: ۱- تکنولوژی حامی علم پزشکی است تکنولوژی علم پزشکی را به عمل تبدیل می کند. ۲- استفاده از تکنولوژی جدید موجب افزایش سرعت کار و کاهش بی دقتی و سهل انگاری می‌شود. ۳- جامعه استفاده از تکنولوژی را پذیرفته است بسیاری از مردم دستگاه سنگ شکن را به جراحی باز ترجیح می‌دهند. ۴- تکنولوژی جدید آموزش پزشکی را ساده و سریع می‌نماید. ۵- تکنولوژی جدید موجب کاهش هزینه‌های بیمارستانی خواهد شد. شاهراه‌های اطلاعاتی

مدیران مسئول تجزیه و تحلیل بسیاری از چالش‌های سازمانی اتخاذ استراتژی‌ها برنامه‌های عملیاتی و حل مشکلات سازمانی می‌باشند. سیستم‌های اطلاعاتی یکی از ابزارهای مدیران در دسترسی به اطلاعات مورد نیاز برای حل مشکلات و انجام مسئولیت‌های فوق می‌باشد. سیستم‌های اطلاعاتی در سازمانها ریشه دوانده‌اند و محصول و برایند ساختار سازمانی فرهنگ سیاست‌ها، جریان کار و فرایندهای عملیاتی استاندارد می‌باشند. آنها ابزارهایی برای تغییر تحولات سازمانی هستند. پیشرفت در سیستم‌های اطلاعاتی در حال تسریع روندها به سمت جهانی شدن اقتصاد مبتنی بر دانش و ایجاد سازمانهای غیر متمرکز، انعطاف‌پذیر و یکنواخت می‌باشند. فناوری سیستم‌های اطلاعاتی دیگر به رایانه‌ها محدود نمی‌شوند، بلبکه شامل مجموعه‌ای از فناوری‌ها می‌باشند که سبب می‌شوند رایانه‌ها برای مبادله اطلاعات از طریق شبکه و از فاصله‌های بسیار دور و خارج از مرزهای سازمانی به هم متصل گردند. شاهراه اطلاعاتی شبکه ارتباطات راه دور با سرعت بالا و در سطح ملی یا بین المللی است که عموم

مردم به آن دسترسی دارنـد و به سازمان خاصـی محدود نیست فمینیسم‌مسأله فمینیسم در بهداشت و درمان از دو دیدگاه باید مورد توجه مدیران قرار گیرد: اول کارکنان زن شاغل در بیمارستان و دوم مسائل و مشکلات مرتبط با بیماران زن در جوامع گذشته زنان نقش اساسـی را در مراقبتهای بیمارستانی به‌عهده داشته‌اند. به موازات رشد جوامع این نقش بیشتر به سمت مردها متمایل گشته است به نحوی که برخی از مردم تصور می‌کننـد که حرفه پزشـکی مختص مردها می‌باشـد و زنها بایـد خـدمات کمکی را ارائه دهند. در اوایـل قرن نوزدهم بین پزشـکان و قابله‌ها(ماماهای سـنتی) بر سـر کنترل تولـد نوزادان اختلاف زیادی بود. در اواخر قرن نوزدهم با جنبش‌های پرستاری زنان توانستند تا اندازه‌ای قابلیت‌های خود را در حرفه پزشکی نشان دهند. با این وجود هنوز تصور مرد سالاری در حرفه پزشـکی وجود دارد. به عنوان مثال در انگلسـتان که شـعار آزادی و تساوی حقوق زن و مرد را سـر می‌دهد، در سال ۱۹۹۵ میلادی زنها تنها حدود یک دهم مشاغل مدیریت ارشد NHS را به‌عهده داشته‌اند. در حرفه پزشکی بیشتر مرد سالاری و در حرفه پرسـتاری بیشتر زن سالاـری حکمفرمـاست در سـایر تخصصـهای بهـداشتی و درمانی نیز مردها نقش بیشتری دارنـد.در سال ۱۹۰۰ میلادی در ایالات متحده حدود ۱۹ درصد زنان در بیرون از خانه کار می‌کردند که ۴/۴ درصد آنها پست مدیریتی داشتند. این رقم در سال ۱۹۵۰ میلادی به ۶/۳۳ درصد و ۶/۱۳ درصد با پست مدیریتی رسـید. در سال ۱۹۹۰ میلادی زنان ۶/۴۵ درصد نیروی کار ایالات متحـده را تشـکیل می‌دادنـد. با این وجود، زنان بیشتر پست‌های مـدیریت عملیاتی و مـدیریت میانی را به‌عهده دارند و تنها ۵ درصد آنها پست مدیریت عالی را به‌عهده دارند (۱۹۹۰ میلادی . با این حال عضویت زنان در عرصه مدیریت منجر به ایجاد مفاهیم جدیدی در این تخصـص شده است مرد سالاری بودن حرفه پزشـکی موجب عدم درک نیازهای بهداشتی و درمانی زنان شده است زنان در تشـریح بیماری‌های خود به خصوص بیماری‌های تناسـلی برای پزشکان مرد اغلب با مشکل مواجه می‌شوند. بسیاری از زنان پس از درمـان نیز بـا فشارهای روانی روبرو می‌گردنـد. به عنوان مثال برداشـتن پسـتانها طی عمل جراحی توسط جراحان مرد نه تنها بعدها اثرات روانی بر بیشتر بیماران داشـته بلکه موجب به‌وجود آمدن شـکایاتی مبنی بر عدم ارائه تسـهیلات مشاوره‌ای و توضیحات کامـل قبـل از عمـل جراحی شـده است بیماری‌هـای پزشک زابیماری‌های پزشک زا شامل بیماری‌هایی است ، که توسط حرفه پزشکی (تشخیصی و درمانی به‌وجود می‌آیند. برای بیماری‌های پزشک زا می‌توان سه بعد بالینی اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفت بیماری‌های بالینی پزشک زا آن دسـته از بیماری‌ها می‌باشـند که به خاطر تشـخیص و درمان توسط پزشـکان یا متخصـصان پزشـکی به‌وجود آمده‌انـد. بیماری‌هـای پزشـک زای بالینی شامل اشتباهات تشخیصـی حوادث حین درمان و اثرات جانبی درمان می‌باشـد. مدارک زیادی در اثبات این حقیقت وجود دارد. گزارش کمیته رسیدگی محرمانه به مرگهای عمل جراحی انگلستان در سال ۱۹۸۷ میلاـدی بیـانگر ایـن واقعیت بـود که میزان مرگ و میرهـای جراحی ۷/۰ درصـد بـوده است که یـک پنجم این مرگ و میرهـا قـابل جلوگیری بودند. مداخلات جراحی بطور غیر مستقیم مسؤل ۳۰ درصد و بطور مستقیم مسؤل ۷ درصد مرگ و میرهای جراحی بوده است کمیته مرگ و میر دلایل این مرگ و میرها را اعمال جراحی نامناسب مراقبت نادرست قبل از عمل و در بعضـی از موارد انجام عمل توسط پزشکان کم تجربه بیان نموده است علاوه بر این ۲ درصد مرگ ومیرها به خاطر مشکلات مربوط به بیهوشی بوده است خصـص پزشـکی به حرفه‌های پزشکی این قدرت را داده است که در مورد بیماری دیگران قضاوت نمایند. به محض اینکه شرایط و وضـعیت افراد تحت عنوان بیمـاری تعریف شـد، آنها تحت قضاوت و کنترل حرفه پزشـکی قرار می‌گیرنـد. بیماری‌های پزشک زای اجتماعی نوعی از سـلطه گری پزشـکی است که در آن پزشـکان بیماری را همیشه در جنبه‌های زندگی فرد تعریف می‌کنند. بدین ترتیب که از فعالیت‌های اثربخش حل مشکلات جامعه و افراد دور شده‌اند. به‌جای تمرکز بر فرد باید فرد را در جامعه در نظر گرفت بسـیاری از بیماری‌های افراد ناشی از مشکلات اجتماع می‌باشد.پزشکی به دنبال این است که درد را کاهش دهد، در صورتیکه درد و تحمـل آن قسـمت مهمی از تجربـه انسـان است و بـا از بین بردن این تجربه در حقیقت توانایی‌هـای شخصـی افراد از بین می‌رود. بیشتر دردهـا در جوامع صـنعتی سـاخته دست بشـر می‌باشـد، که عوارض وسیع‌تری دارد. تسـکین درد منجر به خنثی سازی عواملی

می‌شود، که می‌توانند علتهای بیماری را از بین ببرند. بیماری‌های پزشک زای فرهنگی که در جوامع صنعتی شیوع دارد، بیشتر به عوارض بیماری‌ها توجه می‌کند. بسیاری از مردم در مواقع بروز دردهای خفیف مثل سردرد بدون معطلی به مصرف داروهای مسکن می‌پردازند. در صورتیکه تسکین موقتی درد مانع از پیگیری شخص در مورد علتهای اصلی درد می‌گردد. انقلاب بدون کاغذ سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به روند تزایدی تکنولوژی اطلاعات باید دوباره سازماندهی شوند. تکنولوژی اطلاعات جدا از تأثیری که بر ساختار سازمان دارد، بر مسیری که بیمارستان‌های فردا باید طی کنند نیز مؤثر واقع می‌شود. تبادل الکترونیکی اطلاعات مشتریان فروشندگان و تولید کنندگان را به طور مستقیم به هم مربوط می‌سازد. این تکنولوژی اطلاعاتی نقش بسزایی در انقلاب بدون کاغذ دارد. فرمها و دستورهای کتبی حذف خواهند شد، و اطلاعات مستقیماً وارد رایانه‌ها می‌شود. رایانه‌ها به گونه‌ای طراحی می‌گردند که اطلاعات را تفسیر می‌کنند و تصمیم‌های لازم اتخاذ می‌شود. مبادله الکترونیکی داده‌ها موجب حذف بعضی از شغلها می‌شود، زمان انجام وظایف را کاهش و بهره‌وری و سود سازمان را افزایش می‌دهد.سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی باید قادر باشند تا جمعیت تحت پوشش خود را برای ارائه درمان اثربخش و کارآمد با حداقل هزینه و خطرات احتمالی بشناسد. مدیریت دارای دو ویژگی اساسی است ؛ پویایی و سرعت زمان نیمی از فلسفه مدیریت را تشکیل می‌دهد. هدف دستیابی به بهترین سطح بهره‌وری در حداقل زمان و هزینه می‌باشد.برای توسعه سیستم خدمات بهداشتی و درمانی مدارک پزشکی بیمار مبتنی بر رایانه که به عنوان پرونده پزشکی الکترونیک بیمار خوانده می‌شود، الزامی است C.P.R شامل کلیه اطلاعات پزشکی فرد در مدت زندگی وی می‌باشد، که تمام اطلاعات ذخیره شده را در هر مکان و زمانی در دسترس استفاده کنندگان قرار می‌دهد. C.P.R در حقیقت اولین ابزار برای مدیریت اطلاعات بیمار است که معادل چارت‌های کاغذی موجود در پرونده بیمار بوده درمان بیماران را به صورت مقطعی دنبال کرده و استانداردهای کیفی مراقبت را در سیستم بهداشت و درمان تضمین می‌نماید و در نهایت موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی خدمات می‌گردد. تقریباً ۱۱ درصد تستهای آزمایشگاهی به صورت تکراری انجام می‌شود؛ زیرا نتایج آزمایشات در پرونده بیمار قید نشده است علاوه بر این حدود ۳۸ درصد وقت پزشکان و ۵۰ درصد وقت پرستاران صرف نوشتن چارتها و مدارک بیمار می‌شود.کلیه اطلاعات بالینی فرد بدون توجه به مبدأ و منبع آن (ارائه دهنده بیمار و رایانه در C.D.R بر مبنای اطلاعات ذخیره می‌شود. تسهیلات ذخیره اطلاعات موجب سهولت دسترسی و استفاده از آن اطلاعات برای اهداف مختلف می‌گردد. با استفاده از تکنولوژی C.D.R ، با تولد هر شهروند کلیه اطلاعات بهداشتی و دموگرافیک وی در بانک اطلاعات بهداشتی ذخیره می‌شود. کارت C.D.R باید توسط فرد در طول عمرش نگهداری شود. به هنگام استفاده از خدمات بهداشتی C.D.R همراه وی با اطلاعات بیمارستان محل دریافت خدمات تکمیل می‌شود. اطلاعات موجود در C.D.R باید ساده و کاربردی بوده و مشخصات فرد، عکس و اثر انگشت وی در آن ثبت گردد، تا فرد در هر نقطه‌ای از این کره خاکی قابل شناسایی باشد. در موارد اورژانسی که فرد ممکن است به هوش نباشد، با استفاده از کارت C.D.R وی ،به‌راحتی می‌توان به گروه خونی سابقه بیماری و سایر اطلاعات بهداشتی و پزشکی وی دسترسی پیدا کرد. بیو تروریسم در سال ۱۳۴۶ میلادی سربازان مغول با استفاده از منجنیق عامل عفونی طاعون را از بالای دیوار شهر به درون شهر کافه منتقل نمودند و با این روش پس از مدتها محاصره شهر مذکور را به تصرف در آوردند. در جنگ جهانی دوّم ژاپن نیز از عامل بیولوژیکی Bubonic Plague در چین و منچوری استفاده نمود. سیاه زخم و آبله مرغان به آسانی جمعیت زیادی را مبتلا می‌سازد.بیمارستان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌های آموزشی و پژوهشی به‌دلیل اینکه با نمونه‌های خطرناک بیماریها سر و کار دارند، از این جهت حائز اهمیت هستند. به ویژه بخش آزمایشگاه بیمارستان باید از لحاظ کنترل دقیق نمونه‌های خطرناک آزمایشگاه و محیط‌های کشت آنهامورد مراقبت و کنترل شدیدی باشند. دسترسی افراد تروریست به هر کدام از این نمونه‌ها می‌تواند بحرانی را برای جامعه بوجود آورد. تصور کنید آلوده نمودن آب شهر به عامل بیماریزای وبا چه فاجعه‌ای می‌تواند ایجاد نماید. در این میان

می‌توان به شیوع سیاه زخم بعد از حادثه یازده سپتامبر در ایالات متحده اشاره نمود. سایت‌های اینترنتی اگر چه از لحاظ نقل و انتقال اطلاعات بهداشتی و درمانی نقش بسزایی را به‌عهده دارند و در امر آموزش و پژوهش ارائه دهندگان خدمات بیمارستانی و افزایش میزان آگاهی مصرف کنندگان خدمات بسیار مفید می‌باشند، ولی سوءاستفاده از این سایت‌ها می‌تواند به ایجاد رعب و وحشت همگانی منتهی شود. این داده‌های بیوتوریسم موجب اعمال تنش‌های روحی و جسمی بسیاری بر جامعه می‌گردد. طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها تنها در یک روز در نوامبر سال ۲۰۰۱ میلادی بیش از یک میلیون نفر در معرض آسیب‌های این وب سایت‌های بیوتروریسم قرار گرفتند که منجر به ایجاد وحشت عمومی گردیده است بیمارستانها به دو صورت با حملات بیوتروریستی مقابله می‌کنند: ۱- حوادث و سوانح فوری مانند بمب گذاری‌ها که تعداد زیادی از افراد را در زمان واحدی مصدوم می‌کند یا از بین می‌برد که نیاز به خدمات درمانی اورژانسی دارند. ۲- حوادث و سوانح تأخیری مانند انتشار سیاه زخم که طیف زمانی وسیعتری را در بر می‌گیرد و نیاز به خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی دارد.

مقایسه کار مدیر بیمارستان و پزشکپزشک برای درمان بیمار باید با بیمار ارتباط برقرار نماید و به معاینه جسمی او بپردازد. سپس به جمع‌آوری اطلاعات لازم و کافی می‌پردازد و در مرحله سوم به درمان بیماری اقدام می‌نماید. اگر بخواهیم مدیر را با پزشک مقایسه کنیم مدیر در همه موارد به ایجاد ارتباط با کارکنان سازمان می‌پردازد و از طریق این ارتباطات رسمی و غیر رسمی به جمع آوری اطلاعات لازم و کافی می‌پردازد و در نهایت به امر تصمیم‌گیری برای حل مشکلات اقدام می‌نماید.مدیران بیمارستان‌ها علاوه بر داشتن اطلاعات عمومی مدیریت باید در زمینه‌های حسابداری اقتصاد، مدیریت منابع انسانی اقتصاد بهداشت اصول خدمات بهداشتی و درمانی حقوق اساسی حقوق پزشکی مدیریت مالی روانشناسی طرح و تجهیز بیمارستان استانداردهای بیمارستانی و... نیز اطلاعات کافی داشته باشد.

مدیر موفق بیمارستان با توجه به پیشرفت علم و تکنولوژی و تغییرات سریع در ارزش‌های انسانی و انتظارات آنها، تغییرات چشمگیری نیز در نقش‌های مدیران بیمارستان‌ها بوجود آمده است مدیر برنامه ریز و مجری خط مشی و استراتژی سازمان است . مدیر بیمارستان مهمترین فرد سازمانی در بیمارستان می‌باشد و نقش اصلی را در حل مشکلات به عهده دارد. نقش هایی که یک مدیر موفق باید در بیمارستان به عهده داشته باشد، عبارتند از: ۱- توانایی پیش بینی و برنامه ریزی در حالیکه اکنون مدیر هستید برای آینده برنامه ریزی کنید. ۲- توانایی ارائه و پذیرش نظریه‌های جدید: همواره یک عامل تحول درسازمان باشید. ۳- توانایی قبول خطرات برای رسیدن به نظریه‌های جدید: هرگز از به‌وجود آوردن تغییرات به علت خطرات احتمالی آن نترسید. ۴- توانایی همکاری هماهنگی تشریک مساعی سازماندهی تخصیص منابع و کنترل به خاطر داشته باشید انجام کارها توسط دیگران تنها از طریق هماهنگی و همکاری متقابل امکان‌پذیر است ۵- توانایی تجزیه و تحلیل اطلاعات دریافتی اطلاعات دریافتی شما باید جامع مختصر و کامل باشد تا به هنگام تجزیه و تحلیل اطلاعات وقت شما راتلف نکند. ۶- توانایی برقراری برابری و عدالت اجتماعی در برخوردهای داخل و خارج سازمانی به خاطر داشته باشید که روابط عمومی ۵۰ درصد مشکلات را برطرف می‌سازد. هرگز خود را نسبت به همکارانتان برتر ندانید. ۷- توانایی داشتن اطلاعات مهارت و تجربه کافی نیازی نیست که شما اطلاعات تخصصی و کامل در هر زمینه‌ای داشته باشید، چون به درد شما نمی‌خورد. داشتن یک سری کلیات در هر زمینه مفید می‌باشد. سعی کنید ازمشاوران تخصصی مورد اعتماد به هنگام تصمیم‌گیری‌ها استفاده کنید. ۸- توانایی تفویض کارها به دیگران تفویض اختیار به شما قدرت می‌دهد. ۹- توانایی استفاده مطلوب از وقت خودتان و وقت دیگران توسط خودشان نگذارید دیگران برای کارهای جزیی وقت شما راتلف کنند. وقت طلایی است که در هیچ طلافروشی یافت نمی‌شود. ۱۰- توانایی ایجاد انگیزه در کارکنان با آگاهی از انگیزاننده‌های شغلی کارکنان را برای انجام مطلوب کارها تشویق کنید. به یاد داشته باشید که در بسیاری موارد تشویق بهتر از تنبیه تاثیر می‌گذارد. ۱۱- توانایی کنترل و ارزیابی صحیح در مواقع ضروری هیچگاه کارکنان را بدون نظارت کافی رها نکنید.

*http://hcpm.blogfa.com/cat-۱۳.aspx

مدیریت خطرات احتمالی در بهداشت و درمان

مدیریت خطرات احتمالی در بهداشت و درمان

در سیستم‌های بهداشتی و درمانی به خصوص در بیمارستان‌ها مسایل و مشکلات ناشی از سهل‌انگاری‌ها و عملکرد نامناسب کارکنان همواره دامنگیر مدیریت بوده است این مشکلات شامل موارد زیر می‌باشند درمان اشتباه تشخیص نادرست قطع اشتباه عضو، صدمات عصبی به نوزادان به هنگام وضع حمل کارکرد نادرست تجهیزات درآوردن اشتباه یک عضو، جای گذاشتن اسفنج در محل جراحی عفونت‌های مکتسبه بیمارستانی و...

سؤال‌های مهمی که نیاز به پاسخ دارد عبارتند از: چرا؟ چگونه کجا؟ چه وقت چه کسی چه چیزی مدیریت خطرات احتمالی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی چیزی نیست که تازه مورد توجه قرار گرفته باشد. حدود چهار هزار سال پیش حمورابی پادشاه بابل قوانین تنبیهی شدیدی را برای پزشکانی که موجب مرگ یا صدمه بیماران در اثر سهل انگاری می‌شدند، در نظر گرفته بود. به عنوان مثال اگر پزشکی در اثر سهل انگاری موجب آسیب رساندن به چشم بیماری شود باید انگشتان دست وی بریده شود.مدیریت خطرات احتمالی برنامه‌ای برای کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل پیشگیری می‌باشد. مدیریت خطرات احتمالی عبارتست از حصول اطمینان از اینکه بیماران خدمات مورد نیازشان را به صورت کافی نه زیاد و نه کم در سطح مطلوب هزینه اثر بخشی از طریق کاهش یا حذف حوادث ناخواسته بدست می‌آورند.مدیریت خطرات احتمالی شامل طراحی سازماندهی هدایت و ارزیابی یک برنامه جامع برای تشخیص و تصحیح فعالیت‌ها در مقابل خطراتی است که ممکن است باعث صدمه به بیمار، کارکنان و یا منابع سازمان گردد و یا باعث مسئولیت قانونی شود. هدف این فعالیّت عبارتست از پیشگیری از مشکلات درمان نظیر نتایج ناخواسته درمان اشتباه در تجویز دارو، کاربرد نادرست ابزار و تجهیزات سقوط بیمار، سرقت اشیاء شخصی بیمار و... می‌باشد.

مدیریت خطرات احتمالی و کیفیت درمان‌سازمان‌های بهداشتی و درمانی دولتی باید در یک بازار رقابت آزاد با سایر سازمان‌های بهداشتی و درمانی خصوصی به رقابت سالم بپردازند. چنین رقابتی موجب تشویق مدیران و سهامداران سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای کاهش هزینه‌ها و جذب بیماران برای ارائه خدمات با کیفیتی بهتر می‌گردد. مدیریت خطرات احتمالی نیز به عنوان یک ابزار مکمل در عرصه مدیریت بیمارستان‌ها کاربرد دارد. مدیریت خطرات احتمالی تنها نباید بر جنبه‌های مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی تأکید ورزد، بلکه اثربخشی آن باید شامل ارائه خدمات کیفی به افراد نیازمند در زمان و مکان مناسب باشد. وظایف و مسئولیت‌های مدیر خطرات احتمالیوظایف کلی مدیر خطرات احتمالی عبارتست از: ۱- ایجاد هماهنگی و انجام فعالیت‌های مدیریت خطرات احتمالی در راستای اهداف برنامه ۲- انتشار بیانیه‌های کتبی که مؤید حمایت و پشتیبانی هیأت مدیره و مدیر اجرایی بیمارستان از برنامه‌های مدیریت خطرات احتمالی می‌باشد. ۳- تعیین خطوط گزارش دهی چارت مدیریت خطرات احتمالی و تعیین روابط بین مدیر خطرات احتمالی و سایر بخش‌های سازمان ۴- تعیین شرح وظایف و مسئولیت‌های مرتبط با مدیریت خطرات احتمالی برای هر بخش ۵- بررسی و پیگیری حوادث مرتبط بابیماران ۶- همکاری با تضمین کیفیت برای تبادل داده‌های اطلاعاتی مرتبط با مراقبت از بیماران ۷- انجام اقدامات اصلاحی ۸- حصول اطمینان از محرمانه بودن کلیه اطلاعات جمع آوری شده برای برنامه مدیریت خطرات احتمالی

کمیته مدیریت خطرات احتمالیوجود کمیته مدیریت خطرات احتمالی برای اولویت بندی فعالیت‌ها، کاهش و یا حذف خطرات احتمالی و اتخاذ تصمیمات کاربردی در این زمینه لازم می‌باشد. کمیته مزبور به بررسی گزارشهای وقوع حوادث و تجزیه و تحلیل آن می‌پردازد. با استفاده از نیروی فکری کارکنان بالینی وغیر بالینی عضو کمیته می‌توان به پیشنهادهای مفیدی در مورد نحوه

کـاهش خطرات احتمـالی دست یـافت دعـاوی و دادخواهی‌هـای بوجود آمـده مورد بررسـی قرار می‌گیرد و اطلاعات لازم با وکیل دعـاوی بیمارسـتان تبادل می‌شود، کمیته فوق نقش مهمی در آموزش و پیشـگیری از خطرات احتمالی به عهـده دارد. وظایف کمیته مـدیریت خطرات احتمالی عبارتنـد از: ۱- بررسـی کلیه گزارشـات وقـوع حوادث که توسـط مـدیر خطرات احتمـالی جمع آوری و پیگیری شـده است ۲- بررسـی کلیه شـکایات و دعـاوی صورت گرفته از جـانب بیمـاران ملاقـات کننـدگان و همراهـان ۳- تعیین سیاست‌ها و دسـتورالعمل‌های مـدیریت خطرات احتمالی و تجدید نظر ادواری آن ۴- نظـارت بر کلیه فعالیت‌های خطرات احتمالی در داخـل بیمارسـتان کمیته به‌صورت ماهانه تشـکیل جلسه می‌دهـد و گزارش‌های کمیته بایـد برای مـدیر بیمارسـتان و هیأت مـدیره ارسال شود.

*http://hcpm.blogfa.com/cat-۱۳.aspx

خانواده درمانی

مهین کوشک آباد

مقـدمه : خـانواده درمـانی واژه ای است که به روش های کار با خانواده های دارای مشـکلات زیستی ، روانی- اجتماعی اطلاق می شود . خانواده درمانی به ویژه در جوامعی که فرهنگی خانواده – محور دارنـد (مانند جامعه ایران) می تواند کاربرد وسـیعی داشـته باشد . همچنین وضـعیت جامعه ما به عنوان جامعه ای که فرآیند گذار را تجربه می کند و در آن نقش ها در حال دگرگونی هستند توجه جـدی به خـانواده درمـانی را ضـروری می سازد . مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه ای اساس کـار تلقی می شود و هر جـامعه متنـاسب با ارزشـهای خود ابتـدا به سـراغ خانواده می رود تا از درون آن شـهروندان آتی خویش را بپروراند این موضوع وقتی اهمیت پیدا می کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیر بنایی به شـهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشـته باشد به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهـد شـد مگر از طریق درک و شـناخت علمی از کارکردهـا بـا توجه به اهمیت خـانواده به عنوان اولین ساختار جامعه که پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان و روابط رسـمی و قانونی زن و مرد به شکل یک استاندارد مشروع و مقبول در آن بنیان نهاده می شود ، اهمیـت تـوجه و حفـظ چنیـن ساختـاری بـا در نظر گرفتـن نقش روانی و روحی عـاطفی ، اجتمـاعی و رفتـاری آن و الگـو برداری فرزندان در یک محیط عاطفی کاملا مشهود است . نظر به اینکه در جوامع امروز درباره آینده خانواده و زندگی خانوادگی عقاید و نظریات متفاوتی ابراز می شود ، بسیاری معتقدنـد که در آینـده ای نه چنـدان دور خانواده به صورتی که هم اکنون وجود دارد ، از میان خواهد رفت . پیشـرفت و رشد سـریع تمدن ، تکنولوژی و زندگی ماشـینی غالباً اثرات منفی بر نظام خانواده گذاشته و عوارض آن میزان بالـای اضـطراب افسـردگی و... دیگر بیماریهـای روحی – روانی می باشـد که آمار آن رو به افزایش است . توجه به نظام خـانواده و تلاش برای حفـظ پـایه و اساس آن در جامعه امروزی همراه با بالا بردن سـطح اطلاعات و آگاهی عموم در این زمینه از امور اساسـی به شـمار می رود . خـانواده چیست ؟ در فرهنگهـای مختلف نظرات دربـاره ی اینکه یک خانواده چیست و ساختار آن بایـد چگونه باشـد متفـاوت بوده است و همواره در تغییر . در آمریکـا خانواده ها از زمان ورود اولین سـکنه به سواحل دنیای جـدید پیوسته در حال تغییر و تحول بوده است . از نظر بعضی ها خانواده خویشاوندان تنی را در بر می گیرد ، در حالی که برخی دیگر بر این باورنـد که خـانواده شامـل افرادی است که بـا یکـدیگر ارتبـاط عـاطفی و روانی دارنـد و بعضـی دیگر معتقدنـد که خـانواده مجموعه ی افرادی است که در یـک منزل یا یک محله زنـدگی می کننـد در حقیقت خانواده فاقـد تعریف مشخصـی است و از نظر گروه هـای فرهنگی مختلف تعـاریف متفـاوتی دارد . حصول به یـک اتفـاق نظر دربـاره ی ساختار متشـکله ی یک خانواده ، دشوار است در تبین تعریف یـک خـانواده بایـد هر دو رشـته عوامـل فراگیر و انحصاری مـد نظر قرار گیرد . برخی ها خانواده را به صورت

گروهی متشکل از دو یا چند نفر که از طریق تولد ازدواج و یا فرزند خواندگی با یکدیگر مرتبط شده اند و در یک منزل با هم زندگی می کنند . برخی دیگر خانواده را شامل افرادی که هرگز ازدواج نکرده اند یا ازدواج کرده ولیکن هرگز صاحب فرزندی نشده اند و یا آنهایی که ازدواجشان به طلاق یا فوت انجامیده و بالاخره طیفی از خانواده ها را که اصطلاحاً ((غیر سنتی)) خوانده می شوند در بر می گیرد . خانواده هسته ای (زن ، شوهر و فرزندان) به طور سنتی به عنوان تامین کننده اصلی امکان تربیت اجتماعی فرزندان خردسال و نوجوان و حامی سنن فرهنگی تلقی می شود همچنین خانواده هسته ای به عنوان یک گروه اجتماعی که جامعه روابط جنسی را در آن تنها در حریم و چارچوب قانون مجاز می شمارد . (گلادینگ ۱۳۸۲ ، ۲۴-۲۵) تاریخچه خانواده درمانی خانواده درمانی ثمره ی تلاش افرادی در طول تاریخچه التیام جراحت عاطفی است قدمت اولین نوشته ها راجع به نظام یکپارچه مداوای بیماری روانی به بیش از ۲۰۰۰ سال قبل باز می گردد . خانواده درمانی قبل از سال ۱۹۴۰ تاکید بر فرد ، منابع اجتماعات و روان تحلیلی است . مهارتهای تربیت فرزند زندگی خانوادگی را ارنست گروفس ، آلفرد آدلر و موسسات همتراز خانه آموزش می دادند . مشاوره ازدواج توسط آبراهام و هاناه استون ، امیلی مود ، پوپنوآغاز شد . شورای ملی روابط خانوادگی در سال ۱۹۳۸ شروع به کار کرد . ۱۹۴۹-۱۹۴۰ انجمن مشاوران ازدواج آمریکا (AAMC) در سال ۱۹۴۲ تاسیس شد میلتون اریکسون روشهای درمانی را رواج داد که بعد ها از سوی خانواده درمانی پذیرفته شد اولین اثر درباره زناشویی درمانی همزمان توسط بلا میتل من در سال ۱۹۴۸ منتشر شد . مطالعه ی خانواده های اسکیز و فرنیک توسط تئودور لیذر ولایمن و این صورت گرفت . جنگ جهانی دوم برای خانواده ها استرس به ارمغان آورد . لایحه بهداشت روانی در سال ۱۹۴۶ در کنگره آمریکا به تصویب رسید . ۱۹۵۹-۱۹۵۰ ناتان آکرمن رویکرد روان تحلیلی را برای کار کردن با خانواده ها مطرح کرد گروه گریگوری بیتسون مطالعه الگوهای ارتباط را در خانواده آغاز کردند موسسه تحقیقات روانی (MRI) توسط دان جکسون در سال ۱۹۵۹ شروع به کار کرد کارل ویته کر اولین کنفرانس را درباره ی خانواده درمانی درسی ایسلند ، ایالت جورجیا در سال ۱۹۵۵ برگزار کرد . موری بوئن پروژه NIMH را درباره مطالعه خانواده های دارای اعضای اسکیزوفرنیک آغاز کرد . ۱۹۶۹-۱۹۶۰ : جی هیلی رویکردهای درمانی میلتون اریکسون را پالایش و معرفی کرد . اولین نشریه در خانواده درمانی به نام « فرآیند خانواده » منتشر شد (۱۹۶۱) شبکه ساز خانواده درمانی شروع بکار کرد (۱۹۷۶) AAMFC در سال ۱۹۷۹ به انجمن طرفدار درمانگران ازدواج و خانواده (AAMFC) تغییر نام دارد . برنامه های ارتقای پایه آن توسط دپارتمان بهداشت ، آموزش و رفاه بازبینی شد . انجمن خانواده درمانی (AFTA) در سال ۱۹۷۷ شروع بکار کرد . کتاب اضداد و اضداد متقابل توسط گروه میلان (۱۹۷۸) منتشر شد . نفوذ خانواده درمانگر خارجی در آمریکا آغاز شد . جی هیلی کتاب درمان نامتعارف (۱۹۷۳) و روان درمانی خانواده (۱۹۷۶) را منتشر کرد . ۱۹۸۹-۱۹۸۰ : عضویت AAMFT به ۱۴۰۰۰ عضو افزایش یافت . نظریه پردازان فمنیست ، به رهبری راشل هار- موستین- مفروضه های خانواده درمانی را به تدریج زیر سوال بردند . بخش روان شناسی خانواده در انجمن روان شناسی آمریکا (APA) تاسیس شد (۱۹۸۴) انجمن بین المللی مشاوران ازدواج و خانواده IAMFC در انجمن مشاوره آمریکا ACA در سال ۱۹۸۶ تاسیس شد . رهبران جدیدی در خانواده درمانی ظهور کردند که بسیاری از آنها زن بودند . شیوه های تحقیق در خانواده درمانی متدوال شد و مورد بازبینی قرار گرفت . حجم انتشارات در خانواده درمانی چند برابر شد و نشریات ادواری شبکه رسانی خانواده درمانی به ۵۰۰۰۰ رسید . ویرجینیا ستیر در سال ۱۹۸۸ در گذشت. ۱۹۹۰ خانواده درمانیهای متمرکز بر راه حل دی شی زرو ا.هانلون فراگیر شدند . رشد عضویت متخصصان در AAMFA و IAMFC و AFTA و بخش ۴۳ انجمن روانشناسی آمریکا به رقم افزوده جدیدی رسید . مراقبت بهداشتی اصلاح شد و جایگاه فراهم کننده اصلی بهداشت روانی به طرز فضاینده ای اهمیت پیدا کرد . (کلادینگ ، ۱۳۸۲ ، ۱۱۱-۱۱۲) فرآیند خانواده درمانی : درمان صرف نظر از رویکرد نظریه مشاور یک فراآیند قابل پیش بینی در خانواده درمانی است (تمامی مکاتب خانواده درمانی از حیث نظری متعهد هستند که با فرآیند تعامل خانوادگی کار

کننـد) بر خلاف ظواهر عینی سیسـتمهای متفاوت خانواده درمانی از حیث عمل به یکدیگر شـباهت بیشتری دارند تا به لحاظ نظریه هـایی که ارائه می دهنـد . برای خـانواده درمـانگران مهم است که از روشـهای فراگیر کارکردن با خانواده آگاه باشـند آنها با چنین آگاهی و اشـرافی می توانند با متخصـصان گوناگون در ارتباط باشند . همچنین آنها بهتر می توانند به بی نظیر بودن نظریه هایی که تحت الشـعاع آنها کار می کننـد پی ببرند . چنین معرفتی امکان انعطاف پذیری و اتحاد با دیگران را در حرفه های یاورانه برای آنها فراهم می کند . (گلادینگ۱۳۸۲ ، ۱۱۳) منطق زیر بنـایی خـانواده درمـانی : یک دلیل برای خانواده درمانی این باور است که اکثر مشـکلات در زندگی بروز می کند و می توان در درون خانواده آنها را به بهترین نحوی مشـخص کرد خانواده ها به عنوان نیروهای قدرتمنـدی تلقی می شوند که خواه به سود یا به زیان اعضای خانواده بر سـلامت یا ناسازگار بودن خانواده به عنوان یک کلیت و اعضـایش موثر است . (گلادینـگ ۱۳۸۲ ، ۸۲) رویکرد بنیـادی : اصول رویکرد بنیـادی زیر بنـای تمـام الگوهای درمان است و با عنوان خـانواده درمـانی اسـتفاده می شونـد که می توان آنهـا را به صورت ذیـل خلاـصه کرد : - افراد در خانواده پیونـدهای نزدیـک دارنـد و برای درک رفتارهـای مشـکل دار و ایجـاد تغییر در آنهـا تمرکز در پیونـدها و باورهـای اعضای خانواده معتبرتر از تمرکز بر دیـدگاه درمان بر یک فرد است . - افرادی که نزدیک یکـدیگر زندگی می کنند الگوهای تعاملی را بنا می کنند که از زنجیره های نسبتا ثابت گفتار و رفتار ساخته شـده اند . - الگوهای تعاملی ، اعتقادات و رفتار را که درمانگر مشاهده می کند و با آنهـا درگیر اسـت می تـوان بـه عنـوان زمینه مشـکل شـناخت و به صـورت علت و معلـول در نظر گرفت که به شـکل حلقه هـای بـازخورد عمـل می کننـد و میـان مشـکل و خانواده پیونـد ایجاد می کنـد . - مسایل موجود در الگوهای زنـدگی خانوادگی غالباً مربوط به مشـکلاتی در انطبـاق بـا بعضـی از تاثیرات یا تغییرات محیطی هسـتند . رویکرد بنیادی در واکنش به تغییرات خانوادگی و اجتمـاعی ذاتـاً در تغییر است و اصـرار پیشـگامان بر ملاقـات همه اعضـای خانواده در یک اتاق جای خود را به شـناخت اهمیت این موضوع داده که درمـانگر همه خـانواده را در ذهن داشـته باشـد و بپرسـد که افراد غایب در نظر افراد حاضـر چگونه انـد . این شامل بسیاری از افراد در شـبکه اجتمـاعی دوسـتانه است که در زمانهـای مختلف در نـدای افکار ذهنی « گفتگوهای درونی ، یا مولفه هـای خود » سـهیم بوده انـد . این افکـار را از بسـیاری بافت های مختلف به وجود می آینـد که بعضـی از آنها با یکـدیگر در رقابت هسـتند . اصـطلاح « گفتمان » معانی مشترک رویدادها در روابط گفتمانهای اجتماعی یعنی توصـیفات مشترک دیگران از ما که جنبه هایی از هویت ما را می سازد (بارنس – ص ۱۵ – ۱۷) رویکرد سیستمی : (خانواده به عنوان یک سیستم) این عقیده که خانواده یک سیسـتم است بر کار لود ویک برتا لانفی استوار است . برتا لانفی زیست شناسی بود که پدیده های جوهری زندگی را به صورت تمامیتهای فردی به نام « ارگانیسـم » می دید . وی ارگانیسم را به عنوان شـکلی از زندگی ، مرکب از اجزاء و فرایندهای به هم وابسـته ای که در تعامل متقابل با هم هسـتندتعریف می کننـد . صاحب نظران اجتماعی بر اساس کار برتالانفی چنین اسـتنباط کردنـد که تمام سیسـتمهای زنـده ، از جمله خانواده ها طبق مجموعه اصول مشابهی عمل می کننـد یعنی آنها از درون به هم مرتبط اند . بنابراین در خانواده ، اعضا پی در پی در تعامل هسـتند و متقابلاً بر همدیگر موثرند . وقتی در هر یک از اعضاء تغییر یا حرکتی صورت گیرد تمام جوانب خانواده متاثر می شود خانواده یک ارگانیسم زنـده است سـلامت و توانایی آن برای انجام وظیفه متاثر از سلامت تمامی اعضایش است . از دیدگاه سیسـتمها ، خانواده ها دائماً در حال تغییر و جایگزین سازی خویش هستند « تلقی خانواده به عنوان یک سیسـتم مسـتلزم تشـخیص این نکته است که روابط شـکل گرفته میان اعضای خانواده بیش از حـد قدرتمنـد هسـتند و سرشار از میزان قابل توجهی از رفتار ، هیجان ، ارزشـها و نگرشـهای آدمی است (گلادینگ ۱۳۸۲ ، ۸۲– ۸۳) رویکردهای درمانی سیسـتمی در مقابل فردی : خانواده درمانگران در نتیجه آغاز رویکرد مشاوره سیسـتمی ، مداخلاتی متفاوت با متخصصان یاوری که بر افراد متمرکز می شوند به عمل می آورند ، علیت خطی فلسـفه زیر بنایی اکثر مشاوره های فردی است (مثلاً الف علت ب است) خـانواده درمـانی بر عکس بر تفکر حلقوی اسـتوار است (مثلاًـ الف و ب بر رفتـار یکـدیگر تاثیر می گذارنـد) خانواده درمانی بر «

چطور » و « چه چیز » متمرکز می شوند . مثلاً: چطور رفتار خاصی به خانواده کمک می کند ؟ و چه چیزی باید تغییر کند ؟ سومین تفاوتی که خانواده درمانی را از رویکردهای فردی جدا می سازد فرآیند در مقابل محتوا است . در خانواده درمانی توجه قابل ملاحظه ای در کشف پویاییهای تعاملی می شود . حال اینکه در مشاوره فردی اغلب توجه به محتوای خاصی از مطلب و موضوع مربوط جلب می شود . سرانجام اینکه خانواده درمانی از همان ابتدا با موضوعات کنون – اینجایی سر وکار دارد در حالی که بیشتر مشاوره های فردی بر اطلاعات تاریخچه ای تاکید می کنند . وقایع تاریخچه ای با موقعیت هایی مرتبط اند که تحلیل این موضوعات در آن موقعیتها به ساخت شخصیت فرد منجر می شود با این حال در خانواده درمانی اکثر موارد کانون توجه بر فراهم کردن تغییر فی الفور متمرکز است . (گلادینگ ۱۳۸۲ – ۸۴) رویکرد روانپویشی : دیدگاه روانپویشی که منبعث از الگوی روانکاوی فروید است ، تعامل نیروهای متضاد درون انسان رامبنای انگیزه ها ، تعارضات و سرچشمه ی ناراحتی و اضطراب آدمی می داند . دیدگاه اولیه فروید در خصوص اشخاص روان رنجور دیدگاهی متعلق به اروپای میانه و انسان اوایل قرن بیستم بود . بر طبق این دیدگاه روان رنجوری نتیجه ی تعارض درونی امیال یا خواسته های جنسی و پرخاشگری باوجدان کیفر دهنده و گناه ستیز است . لیکن همان گونه که سندر خاطر نشان می سازد نظریه ی روانکاوی در عین توجهی که ظاهراً به رشد شخصیت بیمار دارد عمیقاً به تعامل فرد و خانواده اش اهمیت می دهد . بااینکه فروید بر نقش کلیدی خانواده در تکوین شخصیت فرد تاکید می ورزید . متفکران براین عقیده اند که هر دو نیروی درون روانی و بین فردی به گونه ای متقابل و دو سویه عمل می کنند . بسیاری از خانواده درمانگرهای پیشگام آموزش روانکاوی دیده بودند و هنگامی که اندیشه ی سیستمی را کشف کردند آرای روانکاوی رابه صورت عقایدی کهنه و منسوخ که آسیبهای افراد بزرگسال را مستقیماً و به گونه ای خطی با تعارضات رشدی دوران کودکی پیوند می داد کنار گذاشتند . دیدگاه روانپویشی در حوزه ی خانواده به دنبال کشف نحوه ی پیوند متقابل زندگی درونی و تعارضهای درون روانی اعضای خانواده با یکدیگر و چگونگی تاثیر این امور در اختلال روانی اعضای خانواده است . چنین تلاش هایی عمدتاً تحت تاثیر نظریه ی روابط فردی بوده است نوعی درمان روانپویشی که نخستین بار در دهه ی ۱۹۵۰ در بریتانیا پا گرفت و سعی داشت تانظریه ها و روشهای درمانی درون روانی و بین فردی را بایکدیگر آشتی دهد همزمان با ارایه رویکردهای مختلفی که دیدگاه روانپویشی را منعکس می سازند و هر کدام از آنها به طور همزمان در پی شناخت و مداخله در دو سطح از پدیده های روانی هستند : اولی شامل انگیزه های ، تخیلات ، تعارضهای ناهشیار و خاطرات واپس رانده ی هر عضو است و دومی ، دنیای پیچیده تر تعامل خانوادگی و پویه های خانواده را در بر می گیرد . (گلدنبرگ ، ۱۳۸۵ – ۱۴۱، ۱۴۲) رویکرد خانواده درمانی استراتژیک : تاکید عمده خانواده درمانی استراتژیک ، انعطاف پذیری آن به عنوان ابزار مهم کار با انواع خانواده های مراجعه کننده است . کاربرد این رویکرد در درمان خانواده ها و اعضایشان که رفتارهای ناکار سازی از قبیل بهم تنیدگی ، اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد نشان می دهند موفقیت آمیز بوده است دومین تاکید خانواده درمانی استراتژیک این است که اکثراً درمانگرانی که خارج از این رویکرد عمل می کنند ، اکنون قویاً معتقدند که تغییر واقعی در سطح فردی و دوتایی ممکن است و همیشه نیاز نیست که کل سیستم در تغییر مرتبه پایین تر درگیر شوند . تغییر اساسی را می توان بدون درگیر شدن کل سیستم در جلسات درمان ایجاد کرد . بنابراین فرصت ها برای کسب نتایج مطلوب افزایش پیدا می کند سومین تاکید خانواده درمانی استراتژیک ، تمرکز روی نوآوری و خلاقیت است . چهارمین تاکید خانواده درمانی استراتژیک سهولت استفاده از آن همراه با سایر درمانها به ویژه مکاتب خانواده درمانی ساختی و رفتاری است . دلیل دیگری که درمان استراتژیک غالبا با سایر رویکردها ترکیب می شود یکی از مروجان همکار آن یعنی جی هی لی است که در زمینه ساختی در کلینیک راهنمایی کودک در فیلادلفیا کار می کند . دلیل دیگرتمرکز خانواده درمانی رفتاری بر تعریف ، تصریح وتغییر دادن الگوهای تعاملی خاص به روشی موازی با رویکرد استراتژیک است . یک جنبه از خانواده درمانی استراتژیک که آن را ازسایر رویکرد متفاوت می سازد تمرکز آن

بر یک مشکل است . این کیفیت که به ویژه در نخستین گروه MRI آشکاراست در اوایل تکامل خانواده درمانی استراتژیک آن را از سایر روشهای خانواده درمانی جدا کرد . در اصل این رویکرد به خانواده کمک می کند که در برخورد با مشکل معلوم به سرعت و با کارآرمد ی منابع اش را تنظیم کند . بعضی از مدل های خانواده درمانی استراتژیک از قبیل آنهایی که هی لی توصیه می کند بر فنون قدرتمند و خبره بودن درمانگر تاکید می کند . جملگی بر خلاقیت درمانگر در یافتن راه حل برای خانواده تاکید می ورزد . (گلادینگ ، ۱۳۸۲ ، ۲۸۱ -۲۸۳) رویکرد غنی سازی ارتباط رویکرد غنی سازی ارتباط رویکردی است که دیدگاههای روان تحلیلی رفتاری ارتباطات و سیستمهای خانواده را در هم ادغام می کند این دیدگاه بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید کرده و به مراجعان کمک می کند که مهارتهایی را یاد بگیرند که آنها را قادر می کند تا مشکلات را حل کند بطور خلاصه در این برنامه درمانگر ابتدا به مراجعان کمک می کند احساس کنند درکشان کرده است و سپس به آنها کمک می کند تا مشکلاتشان را بصورت روشن تر بشناسند و سپس پی ببرند که یادگیری مهارتهای خاص به آنها کمک می کند تا با همکاری هم مشکلات را حل کنند . درمانگر و مراجع بر روی محدوده زمانی دوره عمل توافق می کند برنامه های غنی سازی ارتباط خدماتی آموزشی هستند که برای پیشبرد و غنی کردن روابط بین افراد نزدیک و صمیمی مخصوصاً افراد خانواده طراحی شده اند . هدف برنامه افزایش رضایت روانشناختی و عاطفی موجود در روابط افراد نزدیک است . این برنامه ها رفاه شناختی عاطفی شرکت کنندگان را افزایش می دهد این برنامه ها بحث و مفاهیم عقلانی و منطقی را شامل می شود و در یک سطح شناختی بر روی مفاهیم و ایده ها عمل میکنند . (نظری ، ۱۳۸۶ ، ۱۵۳ – ۱۵۴) باورهای اساسی رویکرد غنی سازی ارتباط یک باور اولیه غنی سازی ارتباط این است که فقدان درک یا درک نادرست از خود و افراد نزدیک عملکرد ما را تحلیل می برد متقابلاً درک خود و افراد نزدیک به ما کمک میکند تا بهتر عمل کنیم و یکی از اهداف اساسی رویکرد غنی سازی افزایش این درک است . بنابر رویکرد غنی سازی ارتباط ، روابط غنی روابطی هستند که در آنها افراد ظرفیت زیادی را برای درک خود ایجاد کرده اند که این درک را انتقال دهند . هدف این کار صرفاً افزایش ظرفیت درک کردن نیست بلکه استفاده از آن برای بهبود صدمات گذشته عملکردن به صورتی موثر در زمان حال و مواجح شدن با شکستهای زندگی در آینده است وقتی مهارت غنی سازی ارتباط آموزش داده شده اند به صورت بخشی دائمی از گنجینه رفتاری فرد در می آیند و در صورت لزوم می توانند مورد استفاده قرار گیرند . این رویکرد به انسانها کمک می کند فراتر از تغییر دادن موقعیت عمل کنند آنها قابلیت افراد را برای انجام کارهای متفاوت تقویتمی کنند الگوهای مهارتی رفتار بعد از یادگیری مهارتهای غنی سازی ارتباط تغییر کرده و روشهای کارآمد تر جایگزین آنها می شود . ارزش ها در رویکرد غنی سازی ارتباط : دورتی و باس تاکید می کنند که ارزشها و اخلاقیات زیر بنایی همه فعالیتهایی است که برای خانواده انجام میشود همچنین ارزشها دارای عنصری ارزیابانه هستند ، یعنی همچون اصولی برای انتخاب کردن بین حوزه های جایگزین فعالیت ، عمل می کنند . مسئولیت درمانگر این است که اعتقادات زیر بنایی رویکرد درمانی غنی سازی ارتباط را به اطلاع مراجعین برسانند تا آنها بتوانند صادقانه و آزادانه مشارکت و همکاری کنند . پایه های اساسی رویکرد غنی سازی ارتباط : رویکرد غنی سازی ارتباط بر چهار پایه اساسی مبتنی است که عبارتند از : ۱- همدلی ۲- زبان و رابطه ۳- بیان عاطفی ۴- پذیرش این اصول در همه کاربردهای غنی سازی ارتباط پایدار بوده ویک هسته مرکزی را فراهم می کنند . مهارتهایی که به مراجعان آموزش داده می شود : صحبت کردن گویا (شفاف) و یا گوش دادن پذیرا . برای تبادل اطلاعات باید یک نفر بیان کننده و یک نفر دریافت کننده اطلاعات باشد و یا بر عکس اگر در یک زمان هر دو نفر بیان کندده و یا دریافت کننده باشند ممکن است هیچ ارتباطی صورت نگیرد زیرا رابطه به نتیجه صحبت وابسته است . عنصر دیگری که در تعامل ظهور می کند مهارت برگردانی است . اصل تعهد در مهارت برگردانی بیانمی کند که از افراد بخواهید بگویند احساسات شخص دیگر برای آنها چه معنایی دارد ؟ برای رسیدن به این اهداف دوگانه دو مهارت اضافی آموزش داده می شود که عبارتند : تعمیم و بقا . تعمیم

به افراد کمک می کند تا مهارتهای ارتباطی را به داخل زندگی روزمره ببرند . بقا به مراعان کمک می کند تا بفهمند اگر مهارتهای ارتباطی را تمرین نکنند ، بازگشت خواهند کرد . ۵ عنصر هسته اصلی مهارتهای غنی سازی ارتباط دامی سازند : ۱- مهارت صحبت کردن گویا ۲- مهارت گوش دادن پذیرا ۳- مهارت برگردانی(درگیری تعامل) ۴- مهارت تعمیم ۵- مهارت بقاء (نظری ۱۳۸۶ ، ۱۶۲ – ۱۶۴) رویکرد روانکاوی و پویه های خانواده (آکرمن) در دهه ۱۹۳۰ ناتان آکرمن در خلال جنبش راهنمایی کودکان به کار روانکاوی کودکان اشتغال داشت ، رفته رفته توجهش به خانواده جلب شد و آن را به سان واحدی اجتماعی وعاطفی دانست . آکرمن به مدت یک دهه به درمان افراد وخانواده ی آنان می پرداخت و در۱۹۶۰ (موسسه خانواده) را درنیویورک تاسیس نمود که به مرکز اصلی درمان و آموزش خانواده درمانی در کرانه شرقی آمریکا مبدل شد . آکرمن که گاهی اوقات پدربزرگ خانواده درمانی نامیده می شود ، خانواده را نظامی از شخصیت های در حال تعامل تصور می کند ، هر فرد خرده نظام مهمی در داخل خانواده به حساب می آید همان طور که خانواده زیر مجموعه ی جامعه است . برای درک کارکرد خانواده می بایست درون دادهای وارده از سایر منابع مختلف مورد توجه قرار گیرد: شخصیت منحصر به فرد هر عضو خانواده پویه های خانواده در انطباق با نقش ها ، تعهد خانواده در قبال مجوعه ای از ارزش های انسانی و رفتار خانواده در قالب یک واحد اجتماعی . در سطح فردی فرآیند تکوین و شکل گیری نشانه های اختلال را می توان بر حسب تعارض درون روانی ، دفاع در برابر اضطراب ناشی از آن تعارض و رشد و پدیدایی نشانه های روان رنجور درک کرد .در سطح خانوادگی ، نشانه مزبور قسمتی از یک الگلوی تعاملی تکراری و پیش بینی پذیر تلقی می شود که به خاطر ایجاد تحریف در روابط خانوادگی بر هم می زند . به نظر آکرمن ، تعادل حیاتی بیانگر قابلیت نظام خانوادگی در سازگاری با تغییر است تعادل چیزی بیش از بازگردانی نظام بر سطح تعادل قبلی یا سطح روزمره کارکرد آن به شمار می آید .رفتار بیمارگون فرد تعادل حیاتی خانواده را بر هم می زند و درهمان حال منعکس کننده ی تحریف های عاطفی در کل خانواده است . به قول آکرمن نارسایی در تکمیل کنندگی خصیصه ی نقش هایی است که اعضای مختلف خانواده در برابر یکدیگر ایفا می کنند و تغییر و رشد و نمو در داخل نظام خانواده محدود می شود . نظر آکرمن به خانواده ای که چنین اتفاقی در آن افتاده است باید کمک کرد تا « با تجارت جدید منطبق شود و به سطوح جدیدی از مکمل بودن در نقش های خانوادگی دست یابد . تعارض می تواند در چند سطح رخ دهد – در درون یکی از اعضای خانواده میان اعضای خانواده ی هسته ای میان نسل های خانواده گسترده یا میان خانواده وجامعه ی اطراف آن تعارض در هر سطحی که باشد به سراسر نظام خانواده ریشه می دواند . اگر تعارض میان اعضای خانواده وخیم شود خانواده به دسته بندیهای مخالف با یکدیگر دست می زنند و معمولاً کسی که فرق زیادی با دیگران دارد به بلاگردان یا « تو سری خور » خانواده تبدیل می شود و این شخص منزوی می شود و به خاطر مقصر شناخته شدن دوباره دسته بندیهای جدید در میان خانواده ایجاد می شود . در رویکرد درمانی گسترده ی آکرمن به شیوه ای خونسرد و طبیعی و ظاهراً خودمانی و با استفاده از مجموعه ای از مصاحبه های رسمی و دیدار های خانوادگی می کوشد یک برداشت تشخیصی راجع به روابط پویایی میان اعضای خانواده به دست آورد . او که فردی سرزنده و با اعتماد به نفس بود و از طبیعی رفتارکردن و فاش ساختن احساس هایش ترسی به دل راه نمی داد و قادر بود همین ویژگی را در خانواده به راه اندازد . طولی نمی کشید که خانواده موضوعات سکس ، پرخاشگری و وابستگی را مطرح می ساخت . همان موضوعاتی که قبلاً به خاطر خطر و قدرت تهدید کنندگی شان اجتناب می کرد . در رویکرد آکرمن تشخیص و درمان درهم تنیده شده اند درمانگر به جای آنکه از یک شیوه ی رسمی و الزامی تبعیت کند به مشاهده ی جدالهای درمانی خانواده پرداخته و به واقعیتهای تاریخی ای ظاهر می شود گوش فرا می دهد . درمانگر از نقاب حفاظتی بیرونی خانواده ، توافق های سری در مورد احتراز از سخن گفتن راجع به موضوعات خاص ، شخصیت هر یک از اعضا و سازش آنان با نقش های خانوادگی و حال و هوای عاطفی خانواده آگاهی دارد . معمولاً هفته ای یکبار به مدت یک ساعت با خانواده ملاقات می شود . به اعتقاد وی درمانگر وظیفه دارد وارد فضای

خانوادگی شود تعامل ها را به راه اندازد به خانواده کمک کند تا تبادل های عاطفی معناداری داشته باشد و اعضا خودشان ، خودشان را بهتر بشناسند . از جنبه ی تشخیصی آکرمن سعی می کرد جریانات عاطفی عمیق تر خانواده – ترسها . بدگمانی ها– احساسهای نومیدی و میل به انتقام را کاملاً درک کند و با استفاده از پاسخ های هیجانی شخصی حدس می زد که خانواده چه احساسی دارد به الگوهای نقش های مکمل در خانواده پی می برد و سرنخ تعارض های عمیق تر و فراگیرتر خانوادگی را پیدا می کرد . وقتی شناخت اعضای خانواده از احساسها ، افکار و اعمالشان فزونی می یافت آکرمن به آنها کمک می کرد تا از سایر الگوهای ارتباط خانوادگی آگاه شوند و بتوانند روشهای جدیدی برای کسب صمیمیت ، اشتراک نظر و همانند سازی پیدا کنند . (گلدنبرگ ، ۱۳۸۵، ۱۴۲–۱۴۹) رویکرد میلان : چهارمین تاثیر عمده بر نحوه آمیزش کار نظری و بالینی از رویکرد میلان حاصل شد که در دهه ۱۹۷۰ توسط چهار روانکاو ایتالیایی بنیانگذاری شد و آنها برای توسعه کار گروهی اصولی گرد هم آمده بودند . این رویکرد چارچوبی ارائه می کند که در آن ها می توان ادراک روان پویشی و بین نسلی را با رویکرد سیستمی در کار با خانواده ها آمیخت . به طور خاص رویکرد میلان راههای مفیدی برای پرداختن به سیستمهای معنایی پیچیده و غالباً متضاد که افراد به کنشهای خود نسبت می دهند ، ارائه کرد . این رویکرد به قدرت سیستمهای اعتقادی توجه داشت که هم افراد و هم خانواده ها ممکن است در طول زمان اسیر آنها باشند یا عامل شکوفایی آنها محسوب شود . این رویکرد روشی ارائه نمود که درک فرآیندهای بین نسلی ناآگاهانه که روابط خانوادگی را در طول زمان کنترل می کنند ، را به یک رویکرد سیستمی در مورد تغییر قواعد پنهان در الگوهای ارتباطی تعاملی جاری خانواده ها پیوند می دهد. روش رسمی که رویکرد میلان برای کارگروهی و برای تفکر سیستمی درباره وضعیت های دشوار بالینی به متخصصان ارائه کرد – یعنی استفاده مداوم از فرضیات برای هدایت سوالات درمانگر ، بررسی چرخه ای و نفوذ متقابل در فرایند درمانی و نیز در فرایند خانواده ، و اندیشه بی طرفی درمانگر نسبت به اعضا خانواده – همه در حوزه خانوادگی سه نسلی ایتالیایی ریشه دارد به چگونگی سازمان یافتن هویت خانواده پیرامون معانی ای که غالباً بدون بررسی به ارث می رسند ، می پردازد . همچنین توجه درمانگران را به اسطوره های خانوادگی به عنوان نیرویی قدرتمند در زندگی درونی خانواده ها بازگرداند . تاکید بر زمینه سازی به عنوان عامل اصلی در تعریف معانی موجود در الگوهای روابط خانوادگی ، استفاده از سوالات مستقیم و غیر مستقیم برای روشن کردن منظور و تحریک کنجکاوی خود اعضای خانواده درباره ماجرا تاکید بر چرخه ای بودن فرایند های نفوذ متقابل را که به وضوح از رشته جداگانه رشد کودک به وجود آمده اند ، نیز مدنظر قرار دادند و راهی به درمانگران نشان دادند که بدون تحریک احساسات شخصی در مورد سوء استفاده از قدرت و شخصیت درمانگر ، در الگوهای پیچیده خانوادگی مداخله نمایند . همچنین لذت و فایده کار گروهی در تکامل این الگو به عنوان کمکی در کار با خانواده ها تأثیر تعیین کننده ای داشته است بیشترین ارزش کارگروهی هنگام کار با خانواده هایی است که قدرت پیوند آنها بیش از آن است که یک درمانگر تنها بتواند میان آن ها فرق بگذارد . بهرحال ، این الگو با تشویق درمانگران به اینکه همیشه در رابطه با وضعیتهای دشوار بالینی چند موقعیت متفاوت را در نظر بگیرند نوعی آزادی ایجاد کرده (ریمرز ۲۰۰۰ که سهم خاصی در کمک به درمانگران داشته است و صرف نظر از اینکه به یک گروه دسترسی دارند یه نه ، کار مفیدی انجام دهند . (بارنس ۱۳۸۳ ، ص ۶۵–۶۷) رویکرد تحلیل گروهی نظامهای باز (اسکینر) به نظر روانکاو بریتانیایی ، ا.سی.رابین اسکینر (۱۹۸۱) ، که در مکتب ملانی کلاین آموزشهای درمانی را دیدده است ، خانواده هایی که در طی چند نسل به وجود می آیند ، نقاط عطف تحولی مهمی دارند مادری که از رفتارهای مناسب مادرانه بهره نبرده است یا پدری که در حد رضایت بخشی در حقش پدری نشده است ، وقتی قرار باشد به ایفای نقشی بپردازد که برای آن هیچ سر مشق درونی در اختیار ندارد ، رفتارهای نا مناسب و ناهمخوانی خواهد داشت . اسکینر با ارایه رویکرد مبتنی بر روابط فردی معتقد است اشخاص بالغی که مشکل ارتباط دارند ، در مورد دیگران نگرشهای غیر واقع بینانه ای به هم خواهند زد ، زیرا هنوز هم انتظارات – یا به قول اسکینر ، نظامهای فرافکنی ای – دارند که در

نتیجه کاستیهای دوران کودکی در آنها باقی مانده اند . وقتی چنین اشخاصی همسری را برمی گزینند ، این انتخاب را دست کم تا حدودی بر اساس میزان « همتایی » دو جانبه نظامهای فرافکنی خویش با همسرشان انجام داده اند ، یعنی ، زوجین هر کدام به فرافکنی هایی مجهز هستند که متعلق به مرحله ای است که جنبه ای از رشد و تحول وی در خلال آن مسدوده شده بود هر نفر به صورت ناهشیار از طریق ازدواج می خواهد موقعیتی فراهم آورد تا بتواند به وسیله آن تجربه گمشده اش را ارضا کند . در سبک کار اسکینر ، خانواده درمانی مستلزم شناسایی نظامهای فرافکنی و همچنین بر طرف سازی فرافکنیها نسبت به کودکی است که حامل نشانه ، و احتمالاً بیمار آشکار است . این فرافکنیها به زن و شوهر بازگردانده می شوند و در آنجا ، راه حلهای سازنده تری جستجو می شود . تصریح تبادل پیام و گفتگو ، کسب بینش راجع به انتظارات نا متناسب ، تغییر و اصلاح ساختار خانواده ، و آموزش مهارتهای جدید به والدین همگی قسمتی از اقدامات درمانی اسکینر به شمار می آیند . اسکینر (۱۹۸۱) به فنون درمانی خویش ، رویکرد « تحلیل گروهی نظامهای باز » می گوید . او از طریق « نوعی حایل یا ارتباط نیمه تراوا » ، صادقانه با خانواده قاطی می شود و اجازه تبادل اطلاعات شخصی میان اعضای خانواده و خویش را فراهم می سازد . به نظر او شرط اصلی آن است که درمانگر آگاهی عمیقی از هویت خویش داشته باشد هویتی آن قدر قوی که بتواند (ولو به مدتی گذرا) در برابر بر انگیختگی عاطفی توانکاه و طاقت فرسای خانوادگی که در اثر مواجهه درمانی به وجود می آید تاب بیاورد این برانگیختگی در مورد خانواده های عمیقاً مختلی که در پی برونی کردن آسیب روانی خویش هستند بسیار شدید است . برای اسکینر ، مواجهه و رویارویی درمانی فرصتی است برای رشد و بالندگی خانواده و در مانگر به خاطر آنکه در برابر مشکلات کنونی خانواده و اعضا حالت مشتاق و پذیرا دارد ، تبادلها ونظامهای فرافکنی آنان را درک می کند . در برخی موارد ممکن است بر اساس درک خود از پویه های خانواده عمل کند و حتی به ایفای نقش بلاگردان بپردازد . در چنین مواردی او هشیارانه تمامی عواطفی را که خانواده انکارشان می کند ، به نمایش می گذارد . با اینکه چنین حرکتی با احتیاط – و فقط زمانی که ائتلاف درمانی خوبی با خانواده برقرار شد – صورت می پذیرد ، تأثیر آن برای خانواده می تواند بسیار تکان دهنده باشد . اسکینر با ابراز عواطفی که اعضای خانواده با تبانی آن را انکار یا واپس رانده اند ، و با جذب نظام فرافکنی خانواده ی پریشان ، معمای غامض خانوادگی را مستقیما تجربه می کند : او با یافتن روشهای فرار خویش ، راهی را تدارک می بیند که خانواده می تواند از آن تبعیت کند . اسکینر در رویکرد درمانی بسیار پذیرای خود ، اصول و فنون نظریه روابط فردی ، تحلیل گروهی ، و یاد گیری اجتماعی (سر مشق دهی) را با هم در می آمیزد و در عین حال ، باز هم مجموعاً خانواده را نظامی در حال تکوین می داند که محتاج باز سازی است (گلدنبرگ ۱۳۸۵ ، ۱۵۶-۱۵۹) رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر روابط فردی (شارف و شارف) بی تردید ، وفاترین رویکرد خانواده درمانی به نظریه روابط فردی منبعث از یک زوج روانپزشک به نام دیوید شاف و جیل سوج شاف است که عضو « آموزشگاه عالی روانپزشکی واشینگتن » هستند . رویکرد درمانی آنان اساساً روانکاوی است : مطالب نا هشیار بیرون کشیده می شوند و مورد بررسی قرار می گیرند برای خانواده تفسیر صورت می گیرد ، به کسب بینش اهمیت داده می شود و برای دستیابی و درک و رشد بیشتر ، در احساسهای ناشی از انتقال و انتقال متقابل کند و کاو می گردد . این دونظریه پرداز مدعی هستند که « نظریه روابط فردی ، استفاده از رویکرد تحلیلی(یا روانکاوانه) نظامهای خانوادگی را میسر می سازد ، زیرا نظریه مذبور نوعی نظریه روانکاوی درون روانی است که از دیدگاه رشد بین فردی به وجود آمده است » . شارف ها ، هم چون سایر خانواده درمان گران ، خانواده را یک نظام بین فردی و مبتنی بر دانش فرمانش می دانند که در سازگاری با یک مرحله انتقال تحولی دچار مشکل شده است . یک اختلاف اساسی در کار درمان آن است که مطابق نظریه روابط فردی ، تفسیری که درمانگر برای کسب بینش درمانجو ارائه می کند ، موضوعی حیاتی است . لیکن شیوه کار آنان بی طرفانه است و به اعضای خانواده اجازه می دهند که مشکلات ناتمام خویش را به درمان گر فرافکنی کنند– مبنی بر اینکه درمانگر ناگزیر به جزء لاینفکی از نظام خانوادگی مبدل می شود – شارف ها معتقدند که می توانند بیرون از

نظام خـانواده حرکت کننـد و لـذا در موضـعی قرار دارنـد که علاـوه بر اتفاقـاتی که در خانواده در حال رخ دادن است ، می توانند بگوینـد در درون خودشـان چه اتفـاقی می افتـد . به عبـارت دیگر آنهـا از پدیـده انتقـال اسـتفاده می کننـد : این انتقال میان اعضای خـانواده اعضای خانواده و درمانگر ، و مخصوصاً میان خانواده در قالب یک گروه با درمانگر اتفاق می افتـد . خانواده درمانگرهای طرفـدار نظریه روابط فردی در هنگام ائتلاف درمانی با خانواده یک جو نوازشـگر به وجود می آورند و اعضای خانواده در آن حال و هوا می توانند اجزای گمشده خانواده و همچنین شخصـیت خودشان را باز یابند . روابط فردی مشترک خانواده ، و همچنین مرحله رشـد درمـانی – جنسـی و نوع سـاز و کارهـای دفـاعی که به کـار می رود ، مورد ارزیابی قرار می گیرد . برای پیونـد دادن اعضای خـانواده به یکـدیگر از این روشـها اسـتفاده می شود : مشاهـده تعامل خانواده ، تشویق اعضاء به بیان دیگاههای شخصـی و همچنین تـوجه به دیـدگاه دیگران ، کسب تـاریخچه ای از « اشـخاص » درونی شـده از هر عضو ، و ارائه پسـخوراند حاصـل از مشاهـدات و تفاسیر درمـانگر به خانواده بعـداً ، برای اینکه خانواده الگوهای خود را تغییر داده و یاد بگیرد که برخوردشان با یکـدیگر متناسب با واقعیات کنونی باشـد – و نه بر اساس روابط « فردی » ناهشیار متعلق به گذشـته بایـد به آنها کمک کرد تا الگوهای تعاملی مزمن و هماننـد سـازی هـای فرافکن خویش را حـل و فصـل کننـد . توفیق درمان را با کاهش نشانه ها در بیمار معلوم نمی سـنجند ، بلکه با افزایش بینش یـا خود شناسـی خانواده و بهبود قابلیت آنان در غلبه بر فشارهای روانی تحولی انـدازه می گیرنـد . یک هـدف بنیادی برای این قبیـل درمـانگران عبـارت است تشویق خـانواده به حمایت کردن از نیاز به دلبسـتگی ، فردیت ، و رشـد یافتگی در اعضاء (گلدنبرگ ، ۱۳۸۵ ، ۱۵۹-۱۶۱) درمـان بـافت نگر اصول اخلاـقی ارتبـاط و تراز پرداخت خانواده (بوزورمنی – نگی) رویکرد پر نفوذ دیگری در خانواده درمانی که به الگوهای پیونـد چند نسلی درون خانواده عنایت دارد ، از کارهای ایوان بوزورمنی – نگی و همکـارانش سر چشـمه می گیرد . نگی خـانواده را به عنوان یـک نظـام اجتماعی قبول دارد ، لیکن معتقـد است که مسئولیت های خـانواده هـای کنونی بسـیار پیچیـده هسـتند و برای کسب تصـویر جـامعی از کارکرد آنان بایـد از زنجیره تعاملهایی که میان اعضای خانواده رخ می دهنـد ، فراتر رفت . به نظر نگی ، الگوهای ارتباطی خانواده که از نسـلی به نسل دیگر منتقل می شوند ، کلید درک کارکرد افراد و خانواده به شـمار می آیند . عنصـر بنیادی روابط اعتماد است ، و بسته به قابلیت اعضای خانواده در حفظ وفاداری و ادای دین خویش هنگام بده بستانهایی که با هم دارند ، این اعتماد می تواند کاهش یا افزایش یابد درمانگر بافت نگر به جای توجه به نشـانه ی رفتـاری یـا آسـیب خـانوادگی ، منابع ارتباطی را در حکم اهرمی برای تغییر خانواده می دانـد ؛ روابط زمانی قابل اعتماد شمرده می شونـد که امکـان تبـادل نظر راجع به دعـاوی معتبر و مسـئولیت هـای متقابـل برای اعضای خانواده فراهم آماده باشـند . با اینکه کاهش فشار روانی هدف مهمی به شمار می آید ، لیکن هدف اصلی درمان بافت نگر بهبود قابلیت ارتباطی اعضای خانواده و متعـادل سـازی تراز پرداختهای عاطفی و تبادلات اعضای خانواده است . ویژگی خانواده های برخوردار از کارکرد کارآمـد عبارت است از توانایی توافق و مذاکره بر سـر نا برابری ها و خصوصاً توانایی حفظ احساس انصاف و مسئولیت در تعاملهایی که با یکدیگر دارند . با توجه به همین موضوع خانواده درمانی بافت نگر « بافت » خانواده ، به ویژه به آن دسـته از پیوندهای متقابل اخلاقی و پویا –در گذشـته ، حـال ، و آینـده – نظر دارد کـه خـانواده هـا را به هم گره می زنـد . معنـای ضـمنی « بـافت » عبـارت است از گریز ناپـذیری از پیامـدهای بین نسـلی ؛ هیچ کس از عواقب ونتایج روابط خانوادگی خوب یا بد در امان نمی ماند ، و گرفتاریهای متعلق به نسلهای قبـل در ساختـار خـانواده کنونی باقی می مانـد . همین طور « بافت » تلویحاً به معنی وجود فرصت های ذاتی و درونی در روابط مهم برای تبـدیل و تغییر نتایج موجود است (گلدنبرگ ، ۱۳۸۵ ، ۱۶۱-۱۶۲) نظریه و روال کار در رویکردهای تجربه نگر / انسان گرا خانواده درمانی تجربه نگر / انسان گرا ماحصل فنون پدیـدار شـناختی (گشـتالت درمانی ، نقش گذاری روانی یا پسیکو درام ، درمـان درمـانجو مـدار ، و جنبش گروههـای رویـارویی) است که در میـان رویکردهـای درمـانی انفرادی دهه ۱۹۶۰ شهرت خاصـی یـافته بودنـد . این شـگردهای درمـانی به جـای حمـایت از یـک فن خاص روشـهایی به شـمار می آینـد که بنا به تعریف–

منحصراً با یک درمانجو یا خانواده خاص جور بودند . تمامی درمانگرهای تجربه نگر / انسان گرا بر حق انتخاب ، اراده آزاد و مخصوصاً قابلیت آدمی در علیت شخصی و خود شکوفایی تاکید می ورزند . این درمانگران اشخاصی فعال و غالباً خود فاش کننده اند که احتمالاً برای کمک به درمانجو جهت نیل هر چه بیشتر به احساسات ، حسها ، تخیلات ، و تجارب درونی شخصیشان از فنون و روشهای تحریک کننده مختلفی استفاده می کنند . درمانجو در طول درمان تشویق می شود تا نسبت به اینجا واکنون ، و تجارب فعلی زندگی اش حساس باشد ؛ انکار تکانه ها و فرو نشانی عواطف ، اموری نا کارآمد و مانع رشد تلقی می شود . خانواده درمانگرهای تجربه نگر رویکرد خود را با تعارضات و الگوهای رفتاری یگانه هر خانواده متناسب می سازند ، هر چند آنها در حد امکان دقت می کنند که هیچ گونه فرض نظری از پیش تعیین شده ای را به خانواده تحمیل نکنند . درمانگرهای تجربه نگر به جای پرده برداری از گذشته فرد ، با زمان حال سر و کار دارند . تاکید آنان بر اینجا و اکنون و موقعیتی است که لحظه به لحظه میان درمانگری فعال و دلسوز و خانواده جریان دارد . تعاملات اعضای خانواده بایکدیگر و با درمانگر تشویق می شود تا کسانی که درگیر این تعاملها هستند بتوانند رفتارهای رشد افزاتری در خود به وجود آورند . یعنی فرصتی برای خود انگیختگی ، آزادی بیان ، و رشد شخصی اعضای خانواده ، همین تاکید برنفس تجربه بین فردی به جای تکیه بر فنون است که محرک رشد و کمال در رویکرد مزبور به شمار می آید . (گلدنبرگ ۱۳۸۵ ، ۱۷۱-۱۷۳) رویکرد گشتالت درمانی خانواده (کمپلر) تمامی رویکردهای خانواده درمانی ، کم و بیش از ماهیتی وجودی (هستی گرا) برخوردارند . درمانهای متاثر از وجود گرایی ، بیشتر نوعی نگرش برای درک رفتار انسان هستندتا مکتبی رسمی از روان درمانی ، و علاقه مندند جهان را همان گونه درک کنند که یکایک اعضای خانواده و همچنین خانواده در قالب یک کل کارکردی آن را تجربه می کنند . این درمانها مشترکاً بر معنایی که بیمار برای وجود یابودن قایل می شود ، تکیه دارند. در این چارچوب فکری ، رواندرمانی نوعی رویارویی بین دو یا چند نفر است که دائماً در حال رشد و تحول ، تکامل ، و شکوفا سازی توان درونی خویش اند . فنون درمان اموری بی ارزش تلقی می شوند تا بدین طریق از این که یک نفر طرف مقابل را به صورت یک شی ء مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد ، جلوگیری شود . بر خلاف این باور رایج که درک رفتار در اثر فنون مختلف حاصل می آید ، درمانگرهای وجودی معتقدند که فنون منبعث از درک رفتار هستند . اگر وجود گرایی به نحوه تجربه آدمیان از وجود بلاواسطه خویش علاقه داشته باشد ، روانشناسی گشتالت بر نحوه ادراک آنان ازاین وجود تاکید می ورزد . فردریک (فریتز) پرلز با قبول تلویحات درمانی وجود گرایی به علاوه بسیاری از واژگان فنی روانشناسی گشتالت ، باعث و بانی جنبش گشتالت درمانی در ایالات متحده به شمار می آید . نقش درمانگر در گشتالت درمانی عبارت است از کمک به درمانجو برای کسب آگاهی از نحوه به کارگیری ناموثر منابع و امکانات شخصی و نشان دادن کارهایی که باعث می شود از دست یابی به اهداف باز بمانند وظیفه درمانگر آن نیست که به درمانجو بگوید چرا آنها به این شیوه عمل می کنند . تبیین و تفسیر رفتار خود شکن از طریق باز سازی خاطرات گذشته یا گزارشهای تاریخچه ای ، نقشی در تغییر این الگوهای رفتاری ناموثر ندارند . گشتالت درمانی خانواده کوششی است برای ترکیب اصول و روشهای خانواده درمانی و گشتالت درمانی به منظور کمک به آدمیان فرا رفتن از سطح بازیهای خود فریب ، دفاع ها ، و ظواهر متعارف . در اینجا ، هدف هدایت و راهنمایی آنان برای آگاهی بیشتر از احساسها و رها سازی آنها است و فراوان اتفاق می افتد که این امر با استفاده از رفتارهای صریح شخص درمانگر صورت پذیرد ؛ به طور آرمانی اعضای خانواده از تاثیرات متقابل خویش بر یکدیگر آگاه می شوند ، نشانه های بیمار معلوم بر طرف می گردد و خانواده روشهای جدیدی برای کار و زندگی با یکدیگر فرا می گیرد . در یک رویارویی موثر درمانی باید چهار شرط زیر برآورده شوند : ۱- آگاهی روشن و صریح راجع به این که در هر لحظه از زمان « من که هستم » . این امر مستلزم آگاهی از نیازهای من در هر برهه از زمان است . ۲- شناخت یا ارزیابی حساس از کسانی که من با آنها هستم و بافتی که این رویارویی در آن قرار دارد . ۳- پرورش و استفاده از مهارتهای ظریف من به گونه ای تا حد بضاعتم بتوانم به آنچه ازاین رویارویی نیاز دارم ،

دست یابم . ۴- قابلیت خاتمه دادن به رویارویی . (گلدنبرگ ۱۳۸۵ ، ۱۸۴-۱۸۷) رویکرد مبتنی بر فرآیند اعتبار یابی انسان (ستیر) جایگاه محوری ویرجینیا ستیر در تاریخ جنبش خانواده درمانی موضع بی همتایی دارد ، چونکه تنها زن و یگانه مددکار اجتماعی است که در میان روانپزشکان مذکر سفید پوست به چشم می خورد . در واقع ، شاید او از اکثر همتایان مذکرش زودتر به کار با خانواده ها پرداخته باشد . ستیر به همراه آکرمن معمولاً در زمره اولین و پرجاذبه ترین رهبران این حوزه به شمار می آید ، با اینکه ستیر به خاطر پیوند آغازینش با MRI طرفدار رویکرد پیام رسانی جلوه می کرد ، کارش در اسالن که مرکزی رشدنگر بود ، او تشویق کرد تا چهارچوب انسان گرا را به رویکرد خویش اضافه کند و شماری از فنون رشد افزا (مثلاً آگاهی حسی ، رقص ماساژ ، و فنون رویارویی گروهی) را به منظور تحریک احساسها و تصریح الگوهای پیام رسانی خانواده به کار گیرد . ستر (۱۹۸۶) در آخرین تالیفش رویکرد خود را « الگوی فرایند اعتبار یابی انسان » نامید ؛ در این رویکرد ، درمانگر و خانواده نیروی خود را به هم درمی آمیزند تا فرایند ذاتی افزایش سلامت روان را در خانواده به تحریک درآورند . ستیر خانواده را یک نظام متوازن می دانست . مخصوصاً او مایل بود « بهایی » را که نظام برای حفظ توازن کلی آن واحد «می پردازد» تعیین می کند ؛ یعنی ، او نشانه های اختلال در هر عضو را علامتی دال بر وقفه رشد و کمال می داند که برای نظام خانوادگی ارزش تعادلی دارد ، چرا که خانواده باید این انسداد و تحریف رشد را به شکلی در تمامی اعضای آن به وجود آورد تا توازن آن حفظ شود . عامل مهم دیگر در رشد و کمال فرد عبارت است از مثلث روان ، بدن ،و احساس . قسمتهای بدن غالبا از معنایی استعاری برخوردارند ، هر قسمت معمولا ارزشی مثبت یا منفی دارد که صاحبش ارزش آن را تعیین می کند . برخی محبوب هستند ، سایر قسمتها نامحبوب اند ، و برخی را نیز باید تحریک کرد . ستیز با استفاده از عملی که آن را ضیافت اندامها می نامند ، درمانجو را ترغیب می کند تا از این اجزا آگاهی یافته و یاد بگیرد که از آن ها « به شیوه هماهنگ و یکپارچه » استفاده کند .)گلدنبرگ ، ۱۳۸۵-۱۹۳-۱۹۵ (نظریه و روال کار در رویکرد ساخت نگر : به طور اخص ، سادگی این نظریه درباره سازمان خانواده ، همراه با پژوهشهای مستند و رویکردهای خاص مداخله درمانی که سالوادور میتوچین و همکاران وی کرده اند ، باعث شده است که گروه کثیری از خانواده درمانگران طرفدار نظریه سیستمها ، دیدگاه ساختاری را انتخاب کنند . خانواده درمانی ساخت نگر به خاطر تأکید بر بافت خانواده در پدیدایی مسائل و همچنین یافتن راه حلهای درمان آن مشکلات با رویکردهای دیگر نظامهای خانواده وجه اشتراک دارد با وجود این کاربرد استعارهای فضایی و سازمانی آن چه از لحاظ توصیف مشکلات و شناسایی راه حلها چه از لحاظ تأکید بر رهنمودها و دستورات مستقیم و فعال درمانگر باعث منحصر به فرد بودن این رویکرد می شود . نظریه پردازان ساخت نگر بر : ۱) کلیت نظام خانواده ، ۲) تاثیر سازمانی مرتبه ای خانواده ۳) کارکرد به هم پیوسته ی نظام های فرعی آن تاکید دارند و آنها را تعیین کننده ی اصلی بهزیستی اعضا می دانند . اولین هدف درمانگران ساختاری عبارت است از تلاش فعالانه برای تغییر سازمان در خانواده ی بدکار و تصورشان بر این است که تغییرات رفتاری فردی و همچنین کاهش نشانه ها ، به دنبال تغییر بستر تبادلات خانواده حادث خواهند شد . وقتی نقش درمانگر ساختاری آن است که شخصاً عامل تغییر باشند ، فعالانه با کل خانواده درگیر شود چالش هایی به راه اندازد که تغییرات انطباقی را به وجودمی آورند و هرگاه اعضای خانواده بکوشند که با پیامدهای حاصله کنار آیند آنها را حمایت و رهبری کند . (گلدنبرگ ۱۳۸۵ ، ۲۳۳-۲۳۴) مزایای کارکردن با خانواده : مزایای بی شماری برای کار با کل خانواده به عنوان یک واحد به عوض فقط کسانی که در آن زندگی می کنند ، وجود دارد اولاً ، خانواده درمانی به متخصصان اجازه می دهد علل را به صورت حلقوی و نیز گاهی اوقات « خطی » ببینند . مزیت دوم خانواده درمانی که در کار با اعضای خانواده و مسایل خانوادگی درمان مرجح است ، این واقعیت است که در این روش درمان ، افراد مهم و واقعی جزیی از فرایند هستند . هیچگونه جانشینی که ممکن است به عنوان افراد مهم در زندگی شخص رفتار کنند یا نکنند ، وجود ندارد . درمانگران راساً با اشخاص درگیر سر و کار دارند . به تعبیری ، اکثر خانواده درمانگران به بازی نقش یا شبیه سازی نقش متکی نیستند . سومین مزیت به

کارگیری خانواده درمانی به عنوان شیوه درمانی مرجح این است که در این فرآینـد تمامی اعضای خانواده پیام یکسانی را دریافت می کننـد . بـا آنهـا همزمـان در افتاده می شود تا روی مسایل با هم کار کننـد . این رویکرد ، راز و رمزها را از بین می برد و اساساً آنچه را نهـان است ، آشـکار می کنـد . نتیجه گشـایش ارتبـاط است . مزیت چهـارم در اسـتفاده از خـانواده درمانی آن است که به عنوان یک قاعده ، مختصـرتر از مشاوره فردی است . بسـیاری از خانواده درمانگران گزارش می دهند که طول مدت زمانی که آنها درگیر کار با خانواده هسـتند می تواند چند ماه باشد ، در واقع بعضی از رویکردهای خانواده درمانی ، به طور مشخص آنهایی که با خانواده درمانی استراتژیک مرتبط انـد ، روی قرار داد با خانواده مراجع برای مدت زمان محدود تأکید می کنند . وضـعیت پنجم در اسـتفاده از خـانواده درمـانی آن است که رویکردهـای به کـار رفته در کـار بـا خـانواده هـا به جـای توجه محض بر روابـط درون شخصـی به روابـط بین اشخاصـی توجه می کنـد . آخرین وضـعیت خـانواده درمـانی بر سـایر روشـهای یاوری این واقعیت است که شواهد مسـتندی وجود دارد مبنی بر این که برخی رویکردهای مناسب شـرایط خاصـی هستند . (گلادینگ ۱۳۸۲، ۸۵-۸۶) به فعل درآوردن الگوهای مراوده ای خانواده : با اینکه درمانگر باید جایگاه رهبری خود را حفظ کند در عین حال باید از خطر این جایگاه ، یعنی خطر مرکزیت یـافتن بیش از حـد هم پرهیز کنـد خـانواده بـا روی آوردن به درمان به دنبال کمک یک متخصـص است آنها انتظار دارنـد وضع خود را برای او توصـیف و از او راهنمایی بگیرند . درمانگر به مشاهده ی نشانه های غیر کلامی می پردازد نشانه هـایی که در تأییـد یـا تضـاد با گفتار خانواده است . بافت بین اشخاصـی مراوده همواره ارتباط را تقویت ، تعـدیل یا نفی می کنـد . حضور درمـانگر همواره یـک عامـل تغییر زا است . با سوق دادن بعضـی اعضای خانواده به طرف تعامل با دیگری در یک چاچوب مشـخص می توان سـناریوهای خانواده را خلق کرد . تعلیم ها باید صـریح باشد . بر انگیختن گفتگوها نسـبتاً ساده است درمانگر می توانـد گوش به زنگ باشـد تا یکی از اعضای خانواده راجع به دیگری شـروع به صـحبت کنـد ، آنگاه سـخنگو را سوق می دهـد به اینکه به عوض صـحبت راجع به دیگری با خود آن فرد حرف بزنـد . وقتی خانواده برای اولین جلسه وارد می شود طرز نشسـتن آنها می تواند سـر نخ اتحادها . ائتلافها محور بودن و یا منزوی بودن باشد . تغییر دادن مکان اشخاص در عین حال تکنینی برای ترغیب و تشویق گفتگو است . تغییر مکان می تواند یک شـیوه ی موثر در کار روی مرزها باشد اگر درمانگر بخواهد مرزی ایجاد کند یا آن را تقویت کنـد می تواند اعضای زیر منظومه را به وسط اتاق بیاورد و از سایر اعضای خانواده بخواهد که صـندلی های خود را عقب بکشـند طوری که بتواننـد ناظر باشـند ولی نتواننـد دخالت کننـد . در یک خانواده ی بهم تنیـده باید مرزها به منظور تسـهیل فردیت یـافتن اعضـای خـانواده تقویت شود . اسـتقلال فردی را می توان با قواعـد ساده ای که به عنوان جزئی از قواعـد کلی حاکم بر واحد درمـانی اعمـال می شود حفـظ و تقویت کرد (مینوچین ، ۱۳۷۳ ، ۱۸۷-۱۹۲) خـانواده درمانی رفتار و شـناختی – رفتاری بر اساس یکی ازکامـل ترین رویکردهـای تحقیق شـده و بر کمـک به خـانواده ها یعنی نظریه یادگیری اسـتوار است . سرچشـمه این نظریه به اوایـل قرن بیسـتم بـاز می گردد . پیشـگامان اولیه آن کسانی همچون ایوان پاولف ، جان . ب.واتسون ،و ب.اف. اسـکینر بوده انـد . خـانواده درمـانی رفتـاری دارای چهـار شـکل اصـلی تعلیم رفتاری به والـدین ، زناشویی درمانی رفتاری ، درمان اختلال در عملکرد جنسی و خانواده درمانی کارکردی است . این تاکیدها غالباً از روشهای شناختی – رفتاری استفاده می کنند . همه آنها بجز رویکرد چهارم خطی هسـتند و بر روابط فردی یا دوتایی تاکید می ورزند . بسـیاری از مداخلات مورد اسـتفاده در خانواده درمانی رفتاری و شناختی – رفتاری همان مداخلاتی هسـتند که در درمان فردی به کار می روند. تقویت ، شکل دهی ، حذف کردن ، سر مشق دهی ، بازی نقش ، ایست فکری ، و خاموش سازی رایج هسـتند . با این حال ، جنبه های خانواده درمانی رفتاری و شناختی – رفتاری نیز شامل مواد عملی جدیدی نظیر قرار دادهای مشـروط (وابستگی) ، قرار دادهای یک جانبه ، و رفتارهایی است که بر اصل رفتار نظیر اسـتوارند . در بهترین حـالت ، رویکردهـای خـانواده درمـانی رفتاری و شـناختی – رفتاری عینی برای کمک به والـدین ، زن و شوهرهـا ، و خـانواده هـا برای تغییرکردن فوراً قابـل کـاربرد هســتند . شـاخه ای از یکی از ایـن رویکردهـا ، یعنی خـانواده درمـانی

کارکردی ، سیستمی است . مفاهیم اصلی که درمان بر اساس آن استوار است در حد گسترده ای مورد تحقیق قرار گرفته اند . از میان تمامی خانواده درمانیها رویکردهای خانوادگی رفتاری و شناختی – رفتاری علمی ترین آنهاست. از طرفی ، رویکردهای خانواده درمانی رفتاری و شناختی – رفتاری در بیشتر اوقات هنوز هم به میزان بسیار زیادی بر دید خطی و محدود به خانواده ها تکیه می کند .این رویکردها قدر مسلم می دانند که اگر درمان برای یک واحد در خانواده و برای نشانه های مرضی مشکل به کار رود سایر جنبه های خانواده نیز تغییر خواهد کرد . منابع : ۱- بارنس ، گیل گوریل ، (۱۳۸۳) خانواده درمانی در گذز زمان . ترجمه . فریده عباسی دلوئی (مشهد : انتشارات ارسطو) چاپ اول . ۲- گلادینگ ، ساموئل ، (۱۳۸۲) خانواده درمانی (تاریخچه ، نظریه ، کاربرد) ترجمه : فرشاد بهاری و همکاران . (تهران : انتشارات تزکیه) چاپ اول . ۳- گلدنبرگ ، ایرنه– گلدنبرگ ، هربرت ، (۱۳۸۵) خانواده درمانی . ترجمه : حمید رضا حسین شاهی برواتی و همکاران (تهران : نشر روان) چاپ دوم ۴- مینو چین ، سالوا دور (۱۳۷۳) خانواده و خانواده درمانی . ترجمه : باقر ثنائی تهران : انتشارات امیر کبیر چاپ چهارم . ۵- نظری ، محمد علی (۱۳۸۶) مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی ، تهران : نشر علم ، چاپ اول فهرست مطالب *مقدمه *خانواده چیست ؟ *تاریخچه خانواده درمانی : *فرآیند خانواده درمانی : * منطق زیر بنایی خانواده درمانی : * رویکرد بنیادی * رویکرد سیستمی * رویکرد درمانی سیستمی در مقابل فردی * رویکرد روانپوشی * رویکرد خانواده درمانی استراتژیک * رویکرد غنی سازی ارتباط * رویکرد روانکاوی وپویه هایی خانواده (آکرمن) * رویکرد میلان * رویکرد تحلیل گروهی نظام های باز (اسکینر) * خانواده درمانی مبتنی بر روابط فردی (شارف و شارف) * درمان بافت نگر (اصول اخلاقی و تراز پرداخت خانواده (بوزرمنی – نگی) * رویکرد تجربه نگر – انسان گرا * رویکرد گشتالت درمانی خانواده (کمپلر) * رویکرد مبتنی بر فرآیند اعتبار یابی انسان (ستیر) * نظریه و روال کار در رویکرد ساخت نگر * مزایای کار با خانواده ها * به فعل در آوردن الگوهای مراوده ای خانواده * نتیجه گیری * منابع

افسردگی

شنبه ، ۱ مرداد ۱۳۸۸ ، ۱۷:۲۶ افسردگی

جنسیت:به طور تقریبی ۲۰-۲۵ زنان و ۱۲ مردان حداقل یک بار در طول زندگی این بیماری را تجربه می کنند. در میان کودکان افسردگی به طور برابر میان دختران و پسران وجود دارد. هرچند هنگامی که دختران به سنین نوجوانی می رسند در ابتلای به بیماری از پسران پیش می افتند. این تفاوت از باب جنسیت ادامه خواهد یافت.تئوری های متعددی وجود بالاتر افسردگی در زنان نسبت به مردان را تایید می کند>:زنان بیشتر از مردان برای درمان اقدام می کنند، شاید برای آنکه آمادگی بیشتری برای پذیرش علائم احساسی افسردگی، بی ارزشی و ناامیدی دارند>.مردها شاید کمتر خواستار اطلاع از علائم احساسی خود هستندو گرایش بیشتری به سرکوب افسردگی با استفاده از الکل یا مواد دیگر دارند. در چنین شرایطی، افسردگی پشت نقابی پنهان می شود و بیشتر به عنوان اعتیاد به مواد یا الکل خودنمایی می کند تا افسردگی>.در جوامع کنونی که زنان عهده دار نقش های گوناگون و متفاوتی هستند، مسئولیت های فراوان و برنامه زندگی شلوغی دارند. همچنین تاثیر محتمل هورمون‌ها باعث می شوند زنان بیشتر از مردان در معرض افسردگی قرار گیرند.وضعیت تاهل:زنانی که ناخواسته مجبور به ازدواج می شوند و همچنین زنان مطلقه عده‌ی بیشتری از مبتلایان را شامل می شوند. در حالی که زنانی که با میل باطنی خود ازدواج می کنند تعداد کمتری را شامل می شوند.سن>:در حالی که افسردگی بالینی معمولا برای اولین بار در سنین ۲۰-۵۰ سالگی رخ می دهد، افراد بالاتر از ۶۵ سال هم امادگی ویژه ای دارند.دوره های قبلی>:اگر تا به حال افسردگی را تجربه کرده اید، احتمال بروز دوباره آن بالاست. بر اساس محاسبات به طور تقریبی نیمی از افرادی که به این بیماری دچار شده اند، بروز آن را دوباره تجربه می کنند.عوامل

موروثی>:افرادی که خویشاوندی با سابقه ی ابتلای به این بیماری دارند بیشتر در معرض خطر ابتلاـ قرار دارند همچنین ابتلای فردی نزدیک در خانواده به «اختلال دوقطبی» احتمال ابتلای شخص به افسردگی حاد را تقویت می کند.یک لحظه فکر کنید: آیا احساس شادی می‌کنید؟شادی چیست؟ چیزی‌نیست که در مادیات یا شباهت به ستاره‌های سینما یا یک حرفه یافت شود. محققانی که در این باره تحقیق می‌کنند شادی را به عنوان احساس رضایت عمیق و پایدار تعریف می‌کنند.آیا احساس رضایت می‌کنید؟ چگونه می توانید به حیطه رضایت خود راه یابید؟تحقیقات نشان می‌دهند که درآمد یا وضعیت نامساعد مادی یا حتی وضعیت تاهل شادی را تضمین نمی‌کنند. در عوض این احساس تحت عواملی‌ست که کمتر قابل لمسند، از جمله خودشناسی، داشتن احساس قدردانی از نکته‌های مثبت زندگی و قبول این مسئله که منفی‌ها را هم مثبت کند. چه کارهایی می‌توانید برای قدم برداشتن به‌سوی شادی انجام دهید؟تعهد بدهید تا شاد باشید!هر روز تصمیم بگیرید تا روزی خوب داشته باشید. هرچند نمی‌توانید عوامل ناخوشایند را دور کنید اما می‌توانید انتخاب کنید تا چه عکس العملی نشان دهید یا چه برداشتی از مسائل داشته باشید. بگذارید مسائل منفی بگذرند.چگونه می‌توانید؛ یک روز خوب؛ انتخاب کنید؟ساعت خود را ۱۰ دقیقه زودتر روی زنگ بگذارید. کاری را انجام دهید که از لحظه به لحظه آن لذت ببرید. قهوه تان را با آرامش خیال بنوشید. قدم بزنید. در دفتر روزانه خود بنویسید. هرچند ۱۰ دقیقه به نظر وقت زیادی نمی آید اما برای نشان دادن به خودتان که شادی و خوب بودن شما بر همه چیز ارجح است کافی‌ست.برای لحظه زندگی کنید.ما معمولاـ برای چیزهایی ناراحتیم که اتفاق افتاده اند یا قرار است اتفاق بیفتند. وقتی متوجه شدید در حالت نگرانی درباره گذشته یا آینده قرار دارید کمی تامل کنید و انتخاب کنید تا در حال زندگی کنید.۳۰ دقیقه وقت بگذارید تا درحال زندگی کنید. سعی کنید کمی قدم بزنید یا روی نیمکت پارکی بنشینید و فقط حال را احساس کنید. به کارهایی که قرار است انجام دهید فکر نکنید. در لحظه حال تمرکز کنید. نفس عمیق بکشید. از محیط اطرافتان لذت ببرید.خود را در فعالیتی غرق کنید.فعالیتی برای خودتان پیدا کنید که شما را از فکر کردن به موارد دیگر باز می دارد. مثلا ورزش،نقاشی،نوشتن حتی تمیز کردن خانه، فعالیتی که شما را کاملا مجذوب خود کند. هر هفته برای این فعالیت کمی وقت صرف کنید.برای آنکه حیطه رضایت خود را بیابید به کار و دقت نیاز دارید. این روش‌ها را تمرین کنید و فعالانه به دنبال شادی باشید. درخواهید یافت که شاد بودن آنقدرها هم سخت نیست.

<div class="e>

تناسب شخصیتی دانشجویان پرستاری

برای تحصیل و کار در این حرفهمحسن ادیب حاج‌باقری، منصور دیانتی

مقدمه. ریزش زیاد دانشجویان پرستاری و بی‌میلی بسیاری از پرستاران برای تداوم اشتغال در این حرفه، توجه صاحب‌نظران را به ضرورت در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی افراد در هنگام گزینش برای این رشته، جلب نموده است. با توجه به فقدان مطالعه قبلی در زمینه میزان تناسب شغلی شخصیتی دانشجویان پرستاری در ایران، این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات شخصیتی دانشجویان جدیدالورود پرستاری و بررسی تناسب آن برای تحصیل و کار در این حرفه انجام شد. روش‌ها. پژوهش به صورت توصیفی در دانشکده‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، کاشان و یکی از واحدهای دانشگاه آزاد صورت گرفت. انتخاب نمونه به صورت آسان انجام شد و ۵۲ نفر از دانشجویان جدیدالورود سال تحصیلی ۸۱–۱۳۸۰ با استفاده از پرسشنامه شغلی شخصیتی هالند مورد بررسی قرار گرفتند.نتایج. شصت و سه و پنج دهم درصد از دانشجویان مؤنث و ۵/۳۶ درصد مذکر و دارای میانگین سنی ۲/۱±۲۲ سال بودند. براساس نتایج به دست آمده، ۲/۴۴ درصد از دانشجویان به لحاظ شخصیتی خصوصیاتی مناسب برای حرفه پرستاری نداشتند. ۷۷ درصد از دانشجویان اظهار داشتند که در موقع انتخاب رشته اطلاعات کمی در مورد آن داشته‌اند.بحث.

نزدیک به نیمی از دانشجویان پرستاری، به لحاظ بارزترین خصوصیات شخصیتی با خصوصیات لازم برای حرفه پرستاری سازگاری نداشتند. پیشنهاد می‌شود که از آزمون‌های شخصیت و تستهای رغبت‌سنج برای انتخاب بهترین دانشجویان از میان افرادی که صلاحیت‌های علمی و استعداد تحصیلی خوبی را نشان داده‌اند، برای تحصیل در رشته پرستاری استفاده شود.واژه‌های کلیدی. خصوصیات شخصیتی، دانشجویان پرستاری, حرفه پرستاری، اشتغال، تحصیل.مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۳؛ ۴(۱۲): ۵-۱۱ مقدمه هر حرفه‌ای، بسته به نوع تولیدات یا خدماتی که ارائه می‌دهد، نیاز به فراگیری دانش، مهارت و نیز ویژگی‌های خاص فردی دارد. اگر از ابتدا به تطابق میان ویژگی‌های فردی افراد با شغل مورد نظر توجه کافی مبذول نگردد، سازگاری فرد با آن شغل دچار مشکل خواهد گردید(۱).امروزه، برای گزینش افراد و دادن اجازه ورود به بسیاری از حرفه‌ها، از آزمون استفاده می‌شود. در ایران نیز، هر ساله آزمون ورودی دانشگاه‌ها برای تعیین صلاحیت افراد، برای ورود به دوره‌های آموزشی و مشاغل مختلف برگزار می‌شود. به نظر می‌رسد که چند پیش‌فرض اساسی برای انتخاب دانشجویان برای رشته‌های مختلف وجود دارد که شامل مواردی از قبیل: «داوطلبان در تعیین رشته به علایق، توانایی‌ها، خصوصیات روحی و جسمی‌خود و تناسب آن با شغل کاملاً توجه می‌کنند»، «انتخاب یک رشته توسط داوطلب نشانگر شناخت او از آن رشته است»، «از روی نمرات کسب شده در آزمون، می‌توان صلاحیت افراد را برای حرفه‌های مختلف شناسایی کرد»، «هر فرد که نمره بالاتری در آزمون کسب نماید، دارای صلاحیت برای حرفه‌های پراهمیت‌تر و حساس‌تر است»، می‌شود.با توجه به اینکه شرکت در آزمون و انتخاب رشته، آزاد و داوطلبانه است، انتظار می‌رود که افراد، دارای انگیزه کافی برای تحصیل در آن رشته بوده و پس از اشتغال در آن, خدمات با کیفیتی را ارائه دهند.متأسفانه، گزارشات نشان می‌دهد که بسیاری از دانشجویان پرستاری در مدت تحصیل، دارای انگیزه کافی نیستند، تمایل پرستاران برای اشتغال در این حرفه کاهش یافته، و با وجود افزایش تعداد پرستاران در سطوح کارشناسی ارشد و دکترا, نه تنها کیفیت خدمات پرستاری به موازات آن افزایش نیافته، بلکه به نظر می‌رسد کاهش هم یافته باشد(۲و۳). عوامل مختلفی، از جمله: اشکال در گزینش دانشجو، روش‌ها و محتوای تدریس و نیز چگونگی ارزیابی دانشجویان می‌توانند در این مشکل نقش داشته باشد(۴).هدف از برگزاری آزمون، گزینش مناسب ترین افراد برای یک رشته یا حرفه است. این امر هنگامی به بهترین وجه تحقق می‌یابد که افرادی برای ورود به یک حرفه انتخاب شوند که ویژگی‌های آنها با خصوصیات آن حرفه سازگاری داشته باشد(۵).مروری بر چگونگی پذیرش دانشجو در رشته پرستاری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این مسأله مورد غفلت قرار گرفته است. در اسلوونی، تنها داشتن دیپلم دبیرستان برای پذیرش دانشجوی پرستاری کافی است(۶). مدارس پرستاری امریکا نیز از آزمونی همانند سایر رشته‌ها و یا از آزمون‌های استعداد، و در برخی از موارد، از آزمون‌های معلم‌ساخته که صرفاً توانایی‌های لازم برای کسب پیشرفت تحصیلی را می‌سنجند، برای گزینش داوطلبان استفاده می‌کنند(۳و۷).در ایران نیز، آزمون سراسری، صرفاً به سنجش اطلاعات نظری و استعداد تحصیلی داوطلبان می‌پردازد، در حالی که هم شرایط تحصیل و هم شرایط کار پرستاری با سایر رشته‌ها متفاوت است. به دلیل همین تفاوت، در سال‌های اخیر، محققان تأکید نموده‌اند که لازم است افرادی برای تحصیل در این رشته انتخاب شوند که علاوه بر آمادگی و استعداد تحصیلی، درجاتی از ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی متناسب با این حرفه را داشته باشند. از این رو، استفاده از آزمون‌هایی که علاوه بر استعداد تحصیلی، سنجش شخصیت را نیز شامل گردد، پیشنهاد نموده‌اند(۷تا۱۰).بررسی مشاغل مختلف و شرایط محیط کار آنها، و تعیین خصوصیات شخصیتی لازم برای این مشاغل، نشان می‌دهد که حرفه پرستاری نیاز به شخصیتی اجتماعی دارد، اگرچه درجاتی از خصوصیات شخصیتی جستجوگر و هنری نیز لازم است(۱).با توجه به اهمیت گزینش صحیح از میان داوطلبان ورود به حرفه پرستاری و فقدان مطالعه قبلی در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات شخصیتی دانشجویان جدیدالورود پرستاری و بررسی تناسب آن برای تحصیل و کار در این حرفه انجام شده است. امید است نتایج آن بتواند به عنوان گامی‌در راه ارتقای خدمات پرستاری و افزایش رضایت حرفه‌ای شاغلین در این حرفه و مددجویان آنها مفید واقع گردد.

روش‌هاپژوهشی توصیفی در دانشکده‌های پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و کاشان و یکی از دانشکده‌های پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی‌انجام شده است. انتخاب دانشکده‌ها بر اساس تفاوت رتبه آنها و در نتیجه تفاوت رتبه دانشجویان پذیرفته شده در آنها انجام شد. به این ترتیب، کوشش شد تا نمونه پژوهش، نماینده‌ای از جامعه بزرگتر پذیرفته‌شدگان در رشته پرستاری باشد.انتخاب نمونه در محل‌های پژوهش، به صورت آسان انجام شد. به این ترتیب که کلیه دانشجویان جدیدالورود پرستاری که برای نیم‌سال اول سال تحصیلی ۸۱–۸۰ در دانشکده‌های مذکور ثبت نام نموده بودند، به عنوان واحد پژوهش تلقی گردیدند (۹۰ N=، ۵۰ نفر تهران، ۲۰نفر کاشان، ۲۰ نفر آزاد). برای جمع‌آوری داده‌ها، در هر یک از محل‌های پژوهش، پژوهشگر با هماهنگی قبلی با مدرس مربوطه، در یکی از جلسات درسی اولین یا دومین ماه تحصیل دانشجویان نامبرده شرکت کرد و پس از بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه برای شرکت در تحقیق, به معرفی پرسشنامه و توضیح درباره نحوه تکمیل آن پرداخت و نیز توضیحاتی را درباره ویژگی‌های بارز هر یک از تیپ‌های شخصیتی اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر ارائه داد. آن گاه پرسشنامه در میان دانشجویانی که مایل به شرکت در تحقیق بودند (۷۵ نفر) توزیع و از آنها خواسته شد تا پس از ۲۴ ساعت، پرسشنامه‌های تکمیل شده را عودت دهند.تاکنون بیش از ۴۰۰ تحقیق در کشورهای مختلف با استفاده از پرسشنامه هالند انجام شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته و در مواردی نیز، از آن برای توزیع دانشجویان در رشته‌های دانشگاهی استفاده شده است که هالند خلاصه‌ای از آنها را در یک کتاب راهنمایی شغلی به چاپ رسانده است(۱).ابزار جمع‌آوری داده‌ها دارای دو قسمت بود:الف. پرسشنامه‌ای که ضمن سؤالاتی درباره مشخصات دموگرافیک، دربردارنده سه سؤال بود. یک سؤال چند گزینه‌ای درباره نظر هر فرد در مورد تیپ شخصیتی خودش (از میان تیپهای شخصیتی اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر)، یک سؤال در مورد اینکه در هنگام انتخاب رشته پرستاری تا چه حد درباره این رشته اطلاع داشته و چه تصویری از این حرفه در ذهن خود داشته است؟ و نیز یک سؤال درباره هدف فرد از انتخاب رشته پرستاری.ب: پرسشنامه شغلی شخصیتی هالند. این پرسشنامه شامل ۳ بخش است:بخش اول. طبقه‌بندی شغلی، حاوی لیستی از ۵۰۰ شغل که متناسب با تیپ‌های شخصیتی به ۶ طبقه: اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر تقسیم شده‌اند.بخش دوم. جستجوی خودفرمان، که شامل ۶ قسمت است:۱. آرزوهای شغلی. در این بخش که به صورت سؤال باز است، از فرد خواسته می‌شود تا تاریخچه‌ای از آرزوهای شغلی خود را به ترتیب از جدیدترین تا قدیمی‌ترین آنها بنویسد.۲. فعالیت‌ها. در این قسمت لیستی از فعالیت‌های اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرایانه، متهورانه و جستجوگرانه وجود دارد که فرد به صورت علاقه دارم یا علاقه ندارم، پاسخ می‌دهد. در نهایت، جمع مواردی که فرد ابراز علاقه نموده است، محاسبه می‌شود.۳. صلاحیت‌ها. در این قسمت، لیستی از فعالیت‌هایی که فرد به خوبی قادر به انجام آنهاست ارائه شده که به صورت بلی- خیر جواب داده می‌شود و در پایان، جمع جواب‌های مثبت حساب می‌گردد.۴. مشاغل. در این قسمت، لیستی از مشاغل ارائه شده که فرد علاقه یا عدم علاقه خود را به صورت بلی خیر ابراز می‌دارد و در پایان جمع جواب‌های مثبت حساب می‌شود.۵. خودسنجی. در این قسمت، فرد توانایی‌ها و مهارت‌های مکانیکی، علمی، هنری، تدریس، فروشندگی، امور دفتری، دستی، ریاضی، موسیقی، دوستی و تعاون و مدیریت اداری خود را با همسالان مقایسه می‌کند و در هر زمینه، به خود نمره‌ای از یک تا هفت می‌دهد.۶. سازماندهی پاسخ‌ها. در این قسمت، مجموع نمرات بخش‌های مختلف محاسبه می‌شود و در نهایت، یک کد اختصاصی سه حرفی برای هر فرد به دست می‌آید که اولین حرف آن نشانگر بارزترین خصوصیت شخصیتی فرد بوده و با استفاده از آن می‌توان در لیست مشاغل، مشاغلی را که با خصوصیات شخصیتی فرد سازگارتر است، پیدا نمود.در این پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی همراه با قسمت‌های دو تا پنج از پرسشنامه هالند برای پاسخ‌گویی در اختیار دانشجویان قرار گرفت و سازماندهی پاسخ‌ها توسط محقق انجام شد.تجزیه و تحلیل داده‌ها به شیوه دستی و با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. برای تعیین تناسب شخصیتی دانشجو با حرفه پرستاری، بارزترین ویژگی شخصیتی فرد که در بخش سازماندهی

پاسخ‌ها به دست آمد، مورد استفاده قرار گرفت. به این ترتیب، هرگاه دانشجو دارای یکی از تیپ‌های اجتماعی، جستجوگر و هنری بود، از نظر شخصیتی با حرفه پرستاری سازگار تلقی می‌شد. افرادی با سایر تیپ‌های شخصیتی، برای این حرفه مناسب تلقی نشده‌اند.تجزیه و تحلیل پاسخ دانشجویان به سؤالات باز به روش تحلیل محتوا انجام شد. به این منظور، پس از چند بار مطالعه هر پاسخ، مفهوم و معنای اصلی موجود در آن استخراج و به صورت کدهایی ثبت گردید، سپس کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفت.نتایجاز مجموع ۷۵ پرسشنامه تحویل داده شده، ۵۲ نفر پرسشنامه را تکمیل و عودت دادند (میزان برگشت ۱/۶۸ درصد) که ۵/۶۳ درصد از آنها مؤنث و ۵/۳۶ درصد مذکر و دارای میانگین سنی ۲/۱±۲۲ سال بودند. جدول یک توزیع تیپ‌های شخصیتی را در نمونه پژوهش، براساس نظر افراد و نیز نتایج حاصل از پرسشنامه شغلی- شخصیتی هالند نشان می‌دهد. چنان که مشخص است، بیش از ۴۴ درصد از واحدهای پژوهش، خود را دارای شخصیتی واقعگرا می‌دانستند ولی براساس پرسشنامه، این میزان در حدود ۲۵ درصد بوده است. همچنین مشخص شد که در مجموع ۸/۵۵ درصد از دانشجویان دارای شخصیت اجتماعی یا جستجوگر و یا هنری بوده‌اند، در حالی که در حدود ۴۵ درصد از دانشجویان به لحاظ شخصیتی، خصوصیاتی مناسب برای حرفه پرستاری نداشته‌اند. جدول ۱. توزیع درصد تیپ‌های شخصیتی در نمونه پژوهش براساس نظر افراد و نتایج حاصل از پرسشنامه شغلی- شخصیتی هالند.تیپ شخصیتی نظر افراد پرسشنامه هالنداجتماعی (۴/۱۵)۸ (۲۵)۱۳جستجوگر (۵/۱۱)۶ (۲/۲۱)۱۱هنری (۸/۵)۳ (۶/۹)۵واقع گرا (۲/۴۴)۲۳ (۲۵)۱۳متهور (۵/۱۳)۷ (۵/۱۳)۷قراردادی (۶/۹)۵ (۷/۵)۳ در پاسخ به این سؤال که در هنگام انتخاب رشته پرستاری چقدر در مورد آن اطلاع داشتید؟ در حدود ۲۳ درصد از افراد اطلاعاتی در حد متوسط و بالا داشته‌اند و ۷۷ درصد اظهار نمودند که در موقع انتخاب ین رشته، اطلاعات کمی در مورد آن داشته‌اند. اکثر این افراد اطلاعات درستی در مورد حرفه پرستاری نداشته و در ذهن خود از این رشته تصویری نزدیک به پزشکی داشته‌اند بگونه‌ای که داده‌های مربوط به ذهنیت افراد در ارتباط با حرفه پرستاری در چهار طبقه «فقدان اطلاع و ذهنیت خاص» (۸/۳۰ درصد)، «وجود تصویر نزدیک به پزشکی» (۴/۴۰ درصد)، «کمبود اطلاع» (۳/۱۷ درصد) و «شناخت کافی» (۵/۱۱ درصد) قرار گرفت. در ارتباط با هدف از انتخاب رشته پرستاری به ترتیب: ورود به دانشگاه (توسط ۲/۲۱ درصد)، تصور اینکه این رشته زمینه ادامه تحصیل در رشته پزشکی را فراهم می‌کند (توسط ۲/۲۱ درصد)، یافتن شغل (توسط ۲/۱۹ درصد)، عدم دقت در انتخاب رشته (توسط ۴/۱۵ درصد)، خدمت به انسانها (توسط ۴/۱۳ درصد) و انتخاب رشته توسط دیگران (توسط ۶/۹ درصد) به عنوان مهمترین دلایل ذکر شده بودند. بحثنتایج پژوهش نشان داد نزدیک به نیمی‌از واحدهای پژوهش به لحاظ بارزترین خصوصیات شخصیتی با خصوصیات لازم برای حرفه پرستاری سازگاری نداشتند. مطالعات دیگر نیز، نتایج تقریباً مشابهی را گزارش نموده و استفاده از آزمون‌های شخصیت‌سنج را برای پذیرش دانشجو در رشته پرستاری و پزشکی پیشنهاد نموده‌اند(۱۰تا۱۳).بر اساس داده‌ها، تفاوت محسوسی میان نظر افراد درباره تیپ شخصیتی خود و نتایج استخراج شده از پرسشنامه شغلی شخصیتی هالند وجود داشت. این مسأله احتمالاً تا حدی ناشی از آن است که واحدهای پژوهش در سن جوانی بوده و ضمن اینکه هنوز بلوغ شخصیتی کافی نیافته‌اند، شناخت کافی نیز از خود ندارند. مارلو (Marlow) دوره نوجوانی و جوانی را دوره‌ای می‌داند که افراد به لحاظ شخصیتی هنوز در حال شکل‌گیری بوده و ثبات کاملی ندارند(۱۴).همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشتر واحدهای پژوهش در هنگام انتخاب رشته، آگاهی مناسبی در مورد حرفه و شرایط کار پرستاری نداشته‌اند، به نظر می‌رسد همان گونه که دیگران بیان نموده‌اند، بسیاری از دانشجویان پرستاری با بینش عامیانه وارد این رشته می‌شوند(۲). افرادی که با شناخت ناکافی وارد حرفه‌ای می‌شوند، نه تنها قادر نخواهند بود سطح فعالیت را به حد نصاب و استاندارد لازم برسانند، بلکه در معرض فشارهای روانی نیز قرار می‌گیرند(۵). بنابراین، لازم است که مسؤولان رویه‌هایی را در پیش گیرند که به افراد کمک کند تا قبل از انتخاب یک رشته در آزمون سراسری، اطلاعات مناسبی در مورد آن حرفه و شرایط کاری آن به دست آورند. متخصصان هدایت شغلی هر نوع انتخاب شغل و راهنمایی حرفه‌ای را مستلزم

شناخت خصوصیات شغل و شناخت خصوصیات شخصیتی، رغبتی و سوابق افراد، هم از سوی گزینش‌کنندگان و هم از سوی داوطلبان می‌دانند. در غیر این صورت، ناسازگاری شغلی شخصیتی منجر به عملکرد ضعیف شاغل شده و ممکن است امنیت و رفاه دیگران را به خطر اندازد(۵). حرفه و شرایط کار پرستاری به شخصیت‌هایی اجتماعی، هنری و جستجوگر و به خصوصیاتی مانند صبر و خویشتن‌داری، صمیمیت، رفتار اجتماعی، روحیه همکاری و کمک به دیگران، احساس مسؤولیت، عشق به انسان‌ها و... نیاز دارد(۱) که چنین خصوصیاتی در آزمون‌های معمول گزینش برای این حرفه سنجیده نمی‌شود. مطالعات دیگر با اشاره به این مطلب, آن را از علل فقدان انگیزه در دوران تحصیل و نیز ترک شغل و بی میلی پرستاران برای اشتغال در این حرفه پس از اتمام تحصیل دانسته‌اند(۲و۷).هدف از برگزاری آزمون سراسری ورود به دانشگاه‌ها آن است که آمادگی داوطلبان برای ورود به حرفه‌ها و دوره‌های آموزشی بررسی و مناسب‌ترین افراد برای یک حرفه انتخاب شوند. با این حال، این آزمون برای رشته‌های مختلف بطور یکسان برگزار شده و خصوصیات شخصیتی و ویژگی‌های روحی- روانی لازم برای حرفه‌های مختلف را نمی‌سنجد. از این رو، با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از آزمون‌های شخصیت و تست‌های رغبت‌سنج برای انتخاب بهترین دانشجویان از میان افرادی که صلاحیت‌های علمی و استعداد تحصیلی خوبی را نشان داده‌اند، برای تحصیل در رشته پرستاری استفاده شود. به عبارت دیگر، بهتر است پس از سنجش توانایی‌های علمی داوطلبان ورود به دانشگاه, از میان افرادی که رشته پرستاری را انتخاب کرده‌اند، اسامی دو برابر ظرفیت هر دانشکده اعلام شود و سپس با استفاده از آزمون‌های شخصیت و تست‌های رغبت‌سنج، مناسب‌ترین افراد برای تحصیل در رشته پرستاری انتخاب شوند. این کار می‌تواند از ریزش دانشجویان در طی تحصیل کاسته و تا حد زیادی رضایت شغلی و کیفیت مراقبت ارائه شده پس از اشتغال آنها را تضمین نماید.این پژوهش اولین گام در راستای بررسی تناسب شغلی شخصیتی دانشجویان پرستاری بوده و بر روی نمونه محدودی از دانشجویان صورت گرفته است. همچنین با توجه به داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و پاسخ ۱/۶۸ درصد از دانشجویان به تحقیق و محدود بودن دانشکده‌های پرستاری مورد بررسی، نتایج به دست آمده ضرورتاً به همه دانشجویان پرستاری قابل تعمیم نیست. انجام پژوهش مشابه در سطح وسیعتر می‌تواند اطلاعات بیشتری را در این زمینه فراهم نماید.منابع۱. حسینیان س، یزدی م. در ترجمه: حرفه مناسب شما چیست؟ راهنمایی و مشاوره به انضمام پرسشنامه. هالند جال (مؤلف). چاپ اول. تهران: صاحب اثر. ۱۳۷۳.۲. Ghazi F. , Henshaw L. How to keep student nurses motivated. Nursing Standard ۱۹۹۸ ۱۳(۸): ۴۳-۸.۳. National League for nursing. Official guide to undergraduate and graduate nursing schools. Boston: Jones & Bartlet Co. ۱۹۹۹.۴. عالیخانی ش. چگونه می‌توان انگیزه دانشجویان پرستاری را حفظ نمود. فصل‌نامه پرستاری دانشکده پرستاری ارتش جمهوری اسلامی‌ایران ۱۳۷۹؛ (۹): ۱-۸.۵. اردبیلی ی. راهنمایی و مشاوره حرفه‌ای و روش‌های کسب و کاربرد اطلاعات شغلی. تهران: نصر. ۱۳۷۴.۶. Dornik E, Vidmar G. Impact of nursing education in Slovenia on nurses' publishing in their professional Journal. Stud Health Technol Inform ۲۰۰۳ ۹۵: ۷۹۴-۹.۷. Ehrenfeld M, Rotenberg A, Sharon R, Bergman R. Reasons for student attrition on nursing courses. Nursing Standard ۱۹۹۷, ۱۱(۲۳): ۳۴-۸.۸. Stuart CC. Assessment, supervision and support in clinical practice. Edinburgh: Churchill Livingstone Co. ۲۰۰۳.۹. سنجری کرهرودی ا. طراحی مجدد شغل در مدیریت منابع انسانی. تدبیر ۱۳۸۰؛ ۱۱۸: ۲۰-۲۶.۱۰. ذوالفقاری ب؛ ادیبی پ. ملاکهای پذیرش دانشجویان پزشکی. مجله دانشکده پزشکی. ویژه‌نامه چهارمین همایش آموزش پزشکی. ۱۳۷۹: ۲۰۳.۱۱. Long NR. , Gordon CJ. Variables important in the selection of New Zealand nurses: implementation and evaluation of a multivariate selection technique. Int J Nurs Stud ۱۹۸۱, ۱۸(۴): ۲۲۷-۳۵.۱۲. Fujita M, Uchino Y,

Ohara H. Study on personality characteristics of nursing students (۱). A comparison of student groups of various nursing courses at the time of school admission. Kango Kyoiku ۱۹۸۷ ۲۸(۳): ۱۶۷-۷۱.۱۳. Martin MJ, Vila J, Capellas R. Studies of the personality of nursing students. Rev Enferm ۲۰۰۰ ۲۳(۹): ۶۴۳-۶.۱۴. Marlow DR, Redding BA. Textbook of pediatric nursing. ۶th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. ۱۹۸۸
آدرس مکاتبه. دکتر محسن ادیب حاج‌باقری (استادیار)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان.e-mail):'
(document.write(addy۶۵۱۴

)"(document.write

< n </script--//\<

>--!

'<'\(document.write('<span style=\'display: none

--//<

/<script>آدرس ایمیل جهت جلوگیری از رباتهای هرزنامه محافظت شده اند، جهت مشاهده آنها شما نیاز به فعال ساختن جاوا اسکریپت دارید!-->
)>'/'(document.write

'<(document.write('span

--//<

/<script>منصور دیانتی (مربی)، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.این مقاله در تاریخ ۱۸/۶/۸۳ به دفتر مجله رسیده و در تاریخ ۱۴/۱۰/۸۳ پذیرش گردیده است
<div class="e>

نانو تکنولوژی در پزشکی

۱۳۸۸ ، ۰۷:۴۱ نانو تکنولوژی در پزشکی نگاه اجمالی: نانوتکنولوژی یا کاربرد فناوری در مقیاس یک میلیونیم متر ، جهان حیرت انگیزی را پیش روی دانشمندان قرار داده است که در تاریخ بشریت نظیری برای آن نمی‌توان یافت. پیشرفتهای پرشتابی که در این عرصه به وقوع

می‌پیوندد ، پیام مهمی را با خود به همراه آورده است. بشر در آستانه دستیابی به تواناییهای بسیاری برای تغییر محیط پیرامون خویش قرار گرفته است و جهان و جامعه‌ای که در آینده‌ای نه چندان دور به مدد این فناوری جدید پدیدار خواهد شد، تفاوتهایی بنیادی با جهان مانوس آدمی در گذشته خواهد داشت.عقاید مختلف در مورد نانوتکنولوژیمهمترین نکته درباره موقعیت کنونی فناوری نانو آن است که اکنون دانشمندان این توانایی را پیدا کرده‌اند که در تراز تک اتمها به بهره‌گیری از آنها بپردازند و این توانایی بالقوه می‌تواند زمینه ساز بسیاری از تحولات بعدی باشد. یک گروه از برجسته‌ترین محققان در حوزه نانوتکنولوژی بر این اعتقاد هستند که می‌توان بدون آسیب رساندن به سلولهای حیاتی ، در درون آنها به کاوش و تحقیق پرداخت. شیوه‌های کنونی برای بررسی سلولها بسیار خام و ابتدایی است و دانشمندان برای شناخت آنچه که در درون سلول اتفاق می‌افتد ناگزیرند سلولها را از هم بشکافند و در این حال بسیاری از اطلاعات مهم مربوط به سیالهای درون سلول یا ارگانهای موجود در آن از بین

می‌رود.رابطه نـانوتکنولوژی و بیوتکنولوژینـانوتکنولوژی مجمـوعه‌ای است از فناوریهـایی که به صـورت انفرادی یـا بـاهم در جهت بکارگیری و یا درک بهتر علوم مورد اسـتفاده قرار می‌گیرنـد. بیوتکنولوژی جزء فناورهای در حال توسـعه می‌باشد که با بکارگیری مفهوم نانو به پیشـرفتهای بیشتری دست خواهد یافت. نانوبیوتکنولوژی به عنوان یکی از حوزه‌های کلیدی قرن ۲۱ شناخته شده است که امکـان تعامـل با سیسـتمهای زنـده را در مقیاس مولکولی فراهم می‌آورد. بیوتکنولوژی به نانوتکنولوژی مـدل ارائه می‌دهـد، در حـالی که نـانوتکنولوژی بـا در اختیـار گذاشـتن ابزار برای بیوتکنولوژی آن را برای رسـیدن به اهـدافش یـاری می‌رسانـد.شـناسایی پروتئینهـای ترشـح شـده از سـلولهایک گروه از محققـان که در گروهی موسوم به اتحاد سیسـتمهای زیستی گرد آمده‌انـد، سـرگرم تکمیل ابزارهای ظریفی هسـتند که هدف آن بررسـی اوضاع و احوال درون سـلول در زمان واقعی و بدون آسیب رساندن به اجزای درونی سـلول یا مداخله در فعالیت بخشهای داخلی آن است. ابزاری که این گروه مشغول ساخت آن هستند ردیف‌هایی از لوله‌ها یا سیمهـای بسیار ظریف هسـتند که قادرنـد وظایف مختلفی را به انجام برساننـد. از جمله آنکه هزاران پروتئینی را که بوسـیله سـلولها ترشح می‌شود شـناسایی می‌کنند.مهندسـی بافت Tssue engeering سطـح اسـتخوان از ترکیباتی تشـکیل شده است که حدودا ۱۰۰ نانومتر عرض دارنـد. اگر سـطح یک عضو مصـنوعی به اسـتخوان طبیعی پیونـد بخورد بـدن آن را پس می‌زنـد. دلیل امر تولید بافت مصـنوعی در محل استخوان طبیعی و سطح مصنوعی می‌باشد. استئوبلاستها در بافت پیوندی استخوان وجود دارند و بخصوص در اسـتخوانهای در حـال رشـد دارای فعـالیت چشـمگیری هسـتند. بـا ایجـاد ذراتی در انـدازه نـانو در سـطح مفاصـل و اسـتخوانهای مصـنوعی احتمال دفع عضو جایگزین به دلیل تحریک سلولهای استئوبلاست کمتر می‌شود. ایجاد این ذرات با ترکیب مواد پلیمری ، سرامیکی و فلزی چندی پیش توسط دانشـمندان به اثبات رسید.مواد مورد استفاده در ترمیم استخوانتیتانیوم ماده شناخته شده‌ای برای ترمیم استخوان است و به دلیل ترکیبات خاص و وزن زیادش جهت بالا بردن میزان استحکام بطور وسیع در دندانپزشکی و ارتوپدی استفاده می‌شود. ولی متاسفانه به دلیل آنکه بخش چسبنده‌ای که با Apatite (بخش فعال استخوان) پوشیده شده با تیتانیوم سازگار نیست فاقد فعالیت زیستی می‌باشد. اسـتخوان واقعی نانوکامپوزیتی از موادی است که از ترکیب بلورهای هیدروکسید Apatite در مـاتریکس آلی بوجـود آمـده و بـه حـالت منفرد یـافت می‌شـود. اسـتخوان طبیعی از نظر مکـانیکی ، ضـخیم و در عیـن حـال دارای الاستیسیته می‌باشـد و در نتیجه قابل ترمیم است.ساخت یک دنـدانمکانیسم نانویی دقیقی که منجر به تولید ترکیباتی با خواص مفید شـود، همچنـان مـورد مطـالعه و بررسـی قرار دارد. اخیرا بـا اسـتفاده از روش tribology یـک دنـدان مصـنوعی بـه صـورت viscoelastic ساخته شـده و دارای روکش نانویی می‌باشد. از خواص منحصـر به فرد این دندان مصـنوعی می‌توان به عایق بودن آن در مقابـل خراش و افزایش التیـام دنـدان اشـاره کرد.معـالجه سـرطان بـه روش فتودینامیکمعـالجه سـرطان بـا اسـتفاده از روش فتودینامیک بر اساس نابودی سـلولهای سـرطانی بوسـیله لیزری است که تولید اکسـیژن اتمی می‌کند. به این طریق که اکسـیژن اتمی رنگ خاصـی را تولید می‌کند و سـلولهای سـرطانی بیش از سلولهاهای دیگر آن را جذب می‌کنند. در نتیجه فقط سلولهای سرطانی توسط اشـعه لیزر نابود می‌شونـد. البته یکی از معایب این روش آن است که به دلیل آب گریز بودن مواد رنگی ، این مواد به سـمت پوست و چشـمها حرکت می‌کند و در صورتی که شـخص در معرض نور خورشـید قرار گیرد باعث حساسیت در پوست و چشـمها می‌شـود.برای ایـن حـل مشـکل صورتهـای آب گریز مولکـول رنگهـا را داخـل ذرات نـانویی متخلخل مثل ormosil nano partical که دارای منافذی در حدود یک نانومتر می‌باشند قرار می‌دهند که این دارای دو مزیت است اولا از انتقال مواد رنگی به سایر نقاط بدن جلوگیری می‌کنند و ثانیا امکان ورود و خروج آزادانه اکسیژن را مهیا می‌سازد.

ساخت فیبر نوریگروههایی از محققان در تلاشنـد تا ابزارهای مناسب در مقیاس نانو برای بررسـی جهان سـلولها ابـداع کنند. یکی از این ابزارها فیبر نوری است که ضخامت نوک آن ۴۰ نانومتر است و بر روی نوک آن نوعی پادتن جا داده شـده که قادر است خود را به مولکول مورد نظر در درون سـلول متصل سازد. این فیبر نوری با استفاده از فیبرهای معمولی و تراش آنها ساخته شده و بر روی

فیبر پوششی از نقره اندود شده تا از فرار نور جلوگیری به عمل آورد. نحوه عمل این فیبر نوری درخور توجه است.از آنجا که قطر نوک این فیبر نوری ، از طول موج نوری که برای روشن کردن سلول مورد استفاده قرار می‌گیرد به مراتب بزرگتر است، فوتونهای نور نمی‌توانند خود را تا انتهای فیبر برسانند، درعوض در نزدیکی نوک فیبر جمع می‌شوند و یک میدان نوری بوجود می‌آورند که تنها می‌تواند مولکولهایی را که در تماس با نوک فیبر قرار می‌گیرند تحریک کند.به نوک این فیبر نوری یک پادتن متصل است و محققان به این پادتن یک مولکول فلورسان می‌چسبانند و آنگاه نوک فیبر را به درون یک سلول فرو می‌کنند.در درون سلول ، نمونه مشابه مولکول فلورسان نوک فیبر ، این مولکول را کنار می‌زند و خود جای آن را می‌گیرد. به این ترتیب نور ساطع شده از مولکول فلورسان از بین می‌رود و فضای درون سلول تنها با نوری که به وسیله میدان موجود در فیبر نوری بوجود می‌آید روشن می‌گردد. درنتیجه محققان قادر می‌شوند یک تک مولکول را در درون سلول مشاهده کنند. مزیت بزرگ این روش در آن است که باعث مرگ سلول نمی‌شود و به دانشمندان اجازه می‌دهد درون سلول را در هنگام فعالیت آن مشاهده کنند.شناسایی مولکولهای زیستینانوتکنولوژی همچنین به محققان امکان می‌دهد که بتوانند رویدادهای بسیار نادر یا مولکولهای با چگالی بسیار کم را مشاهده کنند. به عنوان مثال بلورهای مینیاتوری نیمه هادیهای فلزی در یک فرکانس خاص از خود نور ساطع می‌کنند و از این نور می‌توان برای مشخص کردن مجموعه‌ای از مولکولهای زیستی و الصاق برچسب برای شناسایی آنها استفاده کرد.

کنترل فعالیت درون سلولهامحققان امیدوار هستند که در آینده‌ای نه چندان دور با استفاده از نانوتکنولوژی موفق شوند امور داخلی هر سلول را تحت کنترل خود درآورند. هم اکنون گامهای بلندی در این زمینه برداشته شده و به عنوان نمونه دانشمندان می‌توانند فعالیت پروتئینها و مولکول DNA را در درون سلول کنترل کنند. به این ترتیب نانوتکنولوژی به محققان امکان می‌دهد تا اطلاعات خود را درباره سلولها یعنی اصلی‌ترین بخش سازنده بدن جانداران به بهترین وجه کامل سازند.چشم انداز بحثبا توجه به پیشرفت سریع و دامنه گسترده بیوتکنولوژی زمینه‌های بروز انقلاب بیوتکنولوژی عصر جدیدی در علوم مختلف مانند بیولوژی ، پزشکی ، فارماکولوژی و مهندسی ژنتیک فراهم گردیده است. به علاوه حوزه‌های دیگری مانند اقتصاد و سیاست نیز از آن تاثیر بسزایی پذیرفته است. هم اکنون از دیدگاه اخلاق زیستی در این رابطه سوالات مهم و اساسی مطرح شده است که علاوه بر اثرات بسزایی که بر پیشرفتهای علمی و سایر زمینه‌های علوم زیستی دارد، نسلهای آینده بشر را نیز به صورت گسترده‌ای تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در این باره مشارکت مداوم دانشمندان کنجکاو و خردمندی می‌تواند راه گشا بوده و بایستی با در نظر گرفتن این منابع و پیشرفتهای جدید و با امید به حل چنین مشکلات و مسائلی با فائق آمدن بر همه محدودیتها در جهت گسترش این دانش فعالیت نمود.

http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php?
DB%8C+%D8%AF%D8%B1+%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C&SSOReturnPage=Check&Rand=0

رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی

معرفی رشته

در کشور ما متوسط زمان پذیرش بیمار تا تعیین تکلیف نهایی ۲۱۹ دقیقه است؛ یعنی از زمان پذیرش بیمار در بخش اورژانس تا تعیین تکلیف نهایی او به طور متوسط سه ساعت و نیم طول میکشد، زمانی که موجب صدمات جسمی، روحی و خسارات مالی غیر جبرانی میگردد. بیشک یکی از مهمترین دلایل بروز این مشکل و سایر مشکلات موجود در

بیمارستانها، نبود مدیریت قوی و توانمند است. مدیریتی که بتواند با تکیه بر دانش و تجربهٔ لازم از امکانات موجود، بهترین بهره وری را داشته باشد و رضایت کارکنان و بیماران را تأمین کرده و بهترین خدمات را در کمترین زمان ارائه دهد امروزه چنین مدیریتی نیاز به دانش تخصصی دارد. دانشی که در کشور ما در رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی آموزش داده میشود.در

حقیقت از طراحی ساختمان تا برنامه ریزی برای ایجاد، اداره، توسعه و احتمالاً تعطیل یک بیمارستان نیازمند بهره گیری از اندیشه متخصصان رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی است. افرادی که علاوه بر دانش مدیریت در زمینه داروشناسی، مدیریت اختصاصی واحدهای مختلف بیمارستانی، استانداردهای بیمارستانی، کاربرد کامپیوتر در مدیریت بیمارستان، روابط درون بخشی و برون بخشی بیمارستان، سازمان و مدیریت بهداشت و درمان در ایران، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی، برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک در نظام بهداشتی و درمانی و نظام بهداشتی و درمانی تطبیقی اطلاعات لازم را دارند همچنین کلیاتی درباره داروسازی، پرستاری، پزشکی و بهداشت بیمارستان میخوانند.رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی با بررسی دروس مدیریت و تطبیق آن با دروس بهداشتی؛ نحوه اداره امور شاخه ها یا زیرمجموعه های مختلف نظام بهداشت و درمان را تعیین میکند؛ یعنی نحوه اداره شبکه های مختلف نظام بهداشت و درمان از خانههای بهداشت گرفته تا مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی و شهری، بیمارستانهای عمومی و تخصصی وابسته به مرکز بهداشتی ـ درمانی شهری، درمانگاهها، دانشگاههای علوم‌پزشکی و بیمارستانهای تخصصی و آموزشی وابسته به آنها و حتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به دانشآموختگان این رشته در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا آموزش داده می شود.

تواناییهای لازم :فارغ التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی به عنوان مدیر بخش بهداشت و درمان عمدتاً با بیماران؛ یعنی با ضعیفترین ، مظلومترین، نیازمندترین، حساسترین و ناشکیباترین انسانها روبرو است. و از سوی دیگر با استرس، اضطراب، کمبودها، نواقص، نارضایتی ها و برخوردهای متنوع سروکار دارد؛ بنابراین باید از پختگی، تحمل و شکیبایی برخوردار باشد. همچنین لازم است که از نظر جسمی و روحی قوی بوده و در تصمیمگیری قاطع باشد.در ضمن دانشجوی این رشته باید به دروس علوم تجربی مثل فیزیک، شیمی، ریاضی، زیستشناسی و همچنین زبان انگلیسی مسلط باشد.

موقعیت شغلی در ایران :امروزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اهمیت رشته مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی و نیاز جامعه به فارغ التحصیلان آن پی برده است و به همین دلیل به رغم آن که در تعدادی از رشته های علوم پزشکی مانند پزشکی، پرستاری و مامایی با تعداد قابل توجهی فارغ التحصیل مازاد نیاز روبرو هستیم؛ در کل ساختار مدیریتی نظام بهداشت و درمان کشور، از وزارتخانه گرفته تا دانشگاههای علوم پزشکی، شبکه های بهداشتی ـ درمانی و بیمارستانها به فارغ التحصیلان این رشته در هر سه مقطع لیسانس، فوق لیسانس و دکترا نیاز داریم. همچنین فارغالتحصیل این رشته میتواند در هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی فعالیت نماید.

مدیریت منابع در حوزه سلامت

معیار های انتخاب تکنولوژی پزشکی

معمولا مطالعات پیرامون مدیریت، رفتار سازمانی یا نوآوری و توسعه یک محصول جدید؛ با این سوال آغاز می شو د: تکنولوژی چیست؟ تکنولوژی به عنوان یک ساخت، تعریف گسترده ای از نقطه نظرات و دیدگاه های مختلف از نمود انسانی است که در مدیریت، علم، سازمان ها و در واقع همه جوانب زندگی ما، جلوه می یابد. بنابراین، تلاش جهت تعریف تکنولوژی به عنوان یک ضرورت اجتماعی، اقتصادی و سازمانی یک دیدگاه چند وجهی و چند خاصیتی است. از نظر جامعه شناسان، تکنولوژی مساوی با ایده ها و نوآوری های جدید است. انسان شناسان، تکنولوژی را یک محصول فرهنگی می دانند که مردم از آن برای مقابله با محیط استفاده می کنند. نهایتا از دیدگاه مدیریتی، محققان، تکنولوژی را این گونه تعریف می کنند: اطلاعات اختصاصی ثابتی که ویژگی ها و مناسبات اجرایی روند طراحی و تولید محصول را مورد توجه قرار می دهد تکنولوژی پزشکی تنها به عنوان قسمتی از تکنولوژی که در برگیرنده همه موارد تسهیل کننده و تقویت کننده امر درمان و سلامت است، مورد بحث قرار می گیرد ۱ تعریف

تکنولوژی پزشکیبنابراین تکنولوژی پزشکی را به عنوان همه یا هر یک از موارد زیر تعریف می کنیم: دانش، سیستم، اطلاعات، مواد، کالا، خدمات، رسوم، رویه ها و هر چیز دیگری که توانمند کننده و تسهیل کننده عملکردهای حرفه ای مراقبت سلامت باشد و موجب دستیابی به اهداف شود ۲ تکنولوژی پزشکی شامل موارد زیر است ۱] o ابزارها و سیستم های پزشکی o داروها و فرآورده های مشابه o تکنولوژی اطلاعات o وسایل یک بار مصرف o خدمات و اعمال پزشکی و جراحی o استراتژی و سیاست های مرتبط با تکنولوژی o قوانین و روال کاری و اداری o آموزش تکنولوژی از نظر فیزیکی، تکنولوژی پزشکی به معنای عام تکنولوژی است. در این دیدگاه، تکنولوژی پزشکی به صورت ابزار، تجهیزات، سیستم ها، وسایل یک بار مصرف و داروهای به کار رفته در عرصه کلینیکی بررسی می شود که همه این ها، ابعاد فیزیکی دارند و مشتریان و خریداران اغلب با این ها مواجهند. تکنولوژی پزشکی با این تعریف، قابل ارزیابی و سنجش و قیمت گذاری می شود. بنابراین، با این تعریف کار سازمان هایی که ارائه خدمات پزشکی را پشتیبانی می کنند (مانند بیمه گران شخص ثالث) راحت تر می شود، زیرا قادر خواهند بود تکنولوژی را مورد سنجش و ارزیابی و قیمت گذاری قرار دهند. اما هنگامی که تکنولوژی پزشکی فقط به صورت اهداف فیزیکی دیده شود، تنها یکی از ابعاد نقش آن در سیستم مراقبت سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. با چنین تعریف محدودی نمی توان درک دقیقی از اتفاقاتی که در سیستم مراقبت سلامت می افتد داشت . برای این که کسی قدرت اداره کردن را پیدا کند، باید توانایی درک موقعیت سازمان را داشته باشد. پس باید دیدی وسیع تر نسبت به کار تکنولوژی داشته باشیم تا بتوانیم مدیریتی معقول برقرار کنیم ۱ ابزارها، سیستم ها و تجهیزات؛ محصولاتی هستند که کارکنان بهداشتی و مجریان و مدیران را جهت بهینه شدن عملکرد و اهداف حرفه ای شان توانمند می کنند. این تکنولوژی ها شامل تکنولوژی های تشخیصی مانند ماموگرافی، سی تی اسکن، سونوگرافی و پزشکی هسته ای و تکنولوژی های درمانی مانند شیمی درمانی و رادیوتراپی و تکنولوژی های قابل کاربرد در خانه است ۳ هسته تکنولوژیک سازمان مراقبت سلامت، تقابل بیمار با کارکنان بهداشتی است که در این تقابل تنها یکی از محصولات تکنولوژی مورد استفاده قرار می گیرد؛ اما برای رسیدن به اهداف خاص باید فرایندی چند مرحله ای را در نظر داشت که تکنولوژی در تمامی این مراحل حاضر است. فرایند ارائه مراقبت سلامت در قالب هسته تکنولوژیک در شکل۱ نمایش داده شده است، این شکل فرایندی عمومی را نشان می دهد و بر روی نقش تکنولوژی پزشکی تاکید دارد. در قلب این شکل، خدمات کلینیکی قرار دارند که در تقابل با جامعه و زیربناهای آن هستند. خدمات پشتیبانی کلینیکی، مانند آزمایشگاه ها و داروخانه ها؛ خدمات اجرایی را تقویت می کنند. نهایتا بقیه قسمت‌های فرایند را شبکه‌های صنعتی سازنده کالا و خدماتی مثل داروسازی و کامپیوترها و ... تشکیل می‌دهند ۱ جزء مدیریتعبارت مدیریت تکنولوژی ، جامع است و آن دسته از عملکرد ها و فعالیت هایی را که در هدف" انجام شدن کارها "واقع شده اند مشخص می کند ۴ بنابراین تکنولوژی پزشکی منبع و سرمایه ای برای تهیه کنندگان و نهادهای پشتیبان مراقبت سلامت است. مدیریت این منبع به صورت کلینیکی، اجرایی، مدیریتی و تنظیمی؛ جنبه غالب در مدیریت تکنولوژی پزشکی MMT است. مدیریت تکنولوژی پزشکی MMT(، کل سازمان مراقبت سلامت را به صورتی که در شکل ۱ نشان داده شده، تحت نظر دارد. برای این کهMMT بتواند به وظیفه اش عمل کند، باید در زمینه آموزشی که تجارت و موسسات پزشکی را به هم مرتبط می کند، قرار گیرد ۱ Your browser may not support display of this image. MMT چیست مدیریت تکنولوژی پزشکی،MMT ، یک قاعده پدیدار و ارتباطی بین تجارت و حوزه های قاعده مدار مراقبت سلامت است. در تلاقی قواعد تجارتی و علوم پزشکی (مشاغل پزشکی، پرستاری، داروسازی و غیرهMMT) به عنوان فضای ذهنی پدیدار می شود که در آن قواعد این دو حوزه به هم ملحق می شوند [۱] وظایف و فعالیت های اصلی مدیریت تکنولوژی پزشکی ۱ o طراحی و یکپارچگی تکنولوژی o پیاده سازی تکنولوژی پزشکی o نظارت، پایش و هوشمندی o تجارتی کردن تکنولوژی پزشکی o ارزیابی و سنجش o بازاریابی تکنولوژی پزشکی o بررسی بهره وری تکنولوژی o

مدیریت منابع تکنولوژیک o یکپارچگی مدیریت تکنولوژی پزشکی با مدیریت کل سازمان مراقبت سلامت o ارزیابی فعالیتo MMT طراحی و یکپارچگی تکنولوژی: این فعالیت ها، فعالیت های طراحی هستند که منجر به ایجاد طرحی برای تکنولوژی پزشکی می شوند. تلاش های طراحی معمولا با شناسایی نیازهای مصرف کننده بالقوه شروع می شوند (مانند سازمان ارائه مراقبت سلامت.) مرحله بعدی، پیش بینی چگونه به دست آوردن تکنولوژی پزشکی، تخصیص منابع و شناسایی مصرف کنندگان تکنولوژی در سازمان است. فعالیت طراحی از مراحل متعدد مرتبطه هم تشکیل شده است. o پیاده سازی تکنولوژی پزشکی: شامل مراحلی است که منجر به پذیرش، تطابق، و اجرا و پیاده سازی تکنولوژی پزشکی می شود. این وظیفه نه تنها با محصولات فیزیکی و سیستم ها بلکه با دانش و اطلاعات نیز مرتبط است. که البته ما دانش و اطلاعات را جزء کامل کننده تکنولوژی پزشکی می دانیم. آموزش و توسعه، اجزای حیاتی اجرا و پیاده سازی هستند. o نظارت، پایش و هوشمندی: این فعالیت ها از دو کانون اصلی تشکیل می شوند. کانون اول، نظارت داخلی بر تکنولوژی پزشکی است که پذیرش شده و به اجرا در آمده است. نظارت و ارزیابی هوشمندانه از روند تکنولوژی در داخل سازمان، جزء ضروری ارزیابی تکنولوژی پزشکی توسط مدیران مراقبت سلامت است. کانون دوم نظارت و پایش تکنولوژی پزشکی در خارج از سازمان است. این فعالیت ها، فعالیت های پویشی هستند و سازمان با این فعالیت‌ها می تواند با محیط پیرامون خود ارتباط برقرار کند و در واقع به نوعی" پنجره ای رو به جهان" هستند چنین نظارتی در عملکرد استراتژیک سازمان های مراقبت سلامت نیز جز ضروری است. این پایش به آن‌ها اجازه می دهد که با جمع آوری اطلاعات برای یک تصمیم گیری صحیح یا کسب تکنولوژی پزشکی معینی، در رقابت حضور یابند و سازمان را حفظ کنند. بنابراین، نظارت شامل تبادل داده ها با فروشنده ها، رقبا، مقالات پزشکی و ... در محیط خارجی مرتبط با سازمان می شود. مسلم است که هرچه محیط پویا تر باشد؛ فعالیت های نظارتی هم باید پیشرفته تر و تطابق یافته تر باشند تا سازمان بتواند به بهترین نحو با محیط پیرامون خود مرتبط شود o بررسی بهره وری تکنولوژی: شامل فعالیت هایی است که میزان بهره برداری ها از تکنولوژی پزشکی را می سنجند. بهره برداری از تکنولوژی پزشکی بررسی روش مصرف تکنولوژی و نقش آن در ارائه مراقبت سلامت است. o مدیریت منابع تکنولوژیک: فعالیت یا وظیفه ای است که هدفش مدیریت آن دسته از منابع است که در سازمان ها برای استفاده از تکنولوژی پزشکی مورد نیازند. این مدیریت شامل منابع انسانی (متخصصین و سایر پرسنل)، منابع مالی و تسهیلات و تجهیزات فیزیکی (علاوه بر تکنولوژی پزشکی) می شود. ایجاد ارتباط بین مدیریت این منابع و مدیریت تکنولوژی پزشکی اهمیت بسیاری دارد .MMT در فضای تهی عمل نمی کند؛ بلکه در کنار گروهی از منابع مدیریت شده که اجرا و عملکرد تکنولوژی پزشکی را تسهیل می کنند، عمل می کند. o یکپارچگی MMT با مدیریت کلی سازمان: این فعالیت به میزان یکپارچگی MMT با مدیریت جامع سازمان در سیستم ارائه مراقبت سلامت مربوط می شود o ارزیابی فعالیت MMT این فعالیت نیز، مشابه ارزیابی و بررسی اجزای تکنولوژی پزشکی، تمام حوزه MMT را بررسی و ارزیابی می کند. اثربخشی مدیریت تکنولوژی پزشکی، به وسیله سیستم نظارتی مبتنی بر معیارهای موفقیت، ارزیابی می شود در واقع همانطور که در شکل ۲ نشان داده شده است MMT با مدیریت سیستم‌های مختلف ارتباط مستقیم دارد در اصل MMT ابزارهای روش شناسی و نظری به کار گرفته توسط MOT را به حوزه اختصاصی از پزشکی و مراقبت سلامت توسعه می دهد و فضای ذهنی در فاصله بین تجارت و پزشکی ایجاد می کند Your browser may not support display of this image. MMT و سیستم های اطلاعاتی‌سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات در زمینه های پزشکی MMT را به عنوان یک تخصص در اختیار دارند ۱ ۱. سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات چگونه MMT را در سازمان های پزشکی و موسسات پزشکی تحت تاثیر قرار می دهند؟ ۲. مدیریت سیستم های اطلاعات پزشکی و تکنولوژی اطلاعات چگونه روی اثربخشی ارائه پزشکی تاثیر می گذارد؟ ۳. چگونه MMT انتخاب سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات، `کاربرد آنها و

به کـارگیری سودمنـد و موثر آن‌هـا را درسازمان های پزشـکی تحت تاثیر قرار می دهـد این سوالات، به وسیله فیلترMMT نقطه اتصالی بین سیستم های اطلاعاتی به عنوان قاعده دانشگاهی و اثر آن روی محیط پزشکی ایجاد می کنند. با این حال، سیستم های اطلاعـاتی به عنوان یـک زمینه دانشگاهی، به مسائل دیگری که تاکنون در حوزه هایی غیر از پزشکی مراقبت سلامت به کار رفته توجه دارنـد. چنین کاربردها و حوزه های مسئله ای، امروزه، می توانند باMMT یکی شوند و به محیط پزشکی منتقل شوند. برای مثال، محققان سیستم های اطلاعاتی روی ساختار نرم افزاری، کارایی پروژه نرم افزار و ارتباط بین تولیدکنندگان نرم افزار و مصرف کننـدگان نهایی، تحقیق می کننـد. این مسائل به طور تجربی در بخش های تولیـدی و خدمات مالی و کمتر در سازمان های مراقبت سلامت، مورد مطالعه قرار گرفته انـد MMT و بازاریابی MMT با قواعـد تجارتی قدیمی نیز در ارتباط است. در واقع پارامترهای ارتباط دهنده بسیاری بینMMT و بـازار وجود دارنـد. بازاریـابی، به عنوان یک قاعـده تجارت، چنین پارامترهایی را از قبیل ارتقا، ارزش گـذاری، خواص محصول، مـدیریت فروش و برخورد با مشتری بررسـی می‌کند. همه این‌ها تا وقتی که فضای ذهنی جدید با تکنولوژی پزشکی درگیر است، مستقیما بـا MMT ارتبـاط دارنـد. تکنولـوژی پزشـکی نیز مثـل هر تکنولـوژی دیگری در محیط مراقبت سـلامت، توسـط شـبکه هـای صـنعتی تولیـد، ارتقایـابی و بازاریابی می‌شود. محصولات، ابزارها، سیستم ها، داروسازی ها و خدمات قویا به سازمان های پزشـکی، پزشـکان و متخصصـین دیگر مراقبت سلامت عرضه می‌شوند و بسیاری از این تکنولوژی ها توسط همین خریداران اداره می شوند ۱ بنابراین MMT حوزه قاعده مداری است که خود را متوجه جوانب بازاریابی تکنولوژی پزشکی می کند و موضوعاتی را که متوجه" چارچوب "قاعده مدار بازاریابی هسـتند بررسـی می کند. اما MMT به عنوان یک تخصص نیز در بازاریابی قابل بررسی است.MMT |و بازاریـابی نه تنها مورد توجه محققان بلکه مورد توجه کارکنان مشاغل در تولید یا مصرف تکنولوژی پزشکی نیز هست. سازنده‌های تکنولوژی پزشکی (ابزارها، داروها و سیستم‌ها) باید کاملا متوجه باشند که تکنولـوژی آن‌هـا در سازمان‌هـای مراقبت سـلامت چگـونه کسب می شود، چگونه مصـرف می‌شود و چگونه اداره می شود. در سوی دیگر فرایند، مدیران و متخصـصان مراقبت سـلامت نیز باید متوجه ارتباط بین بازاریابی و تکنولوژی پزشکی باشـند ۱ برخی سوالات تحقیقی ایجاد شـده در رابطه بینMMT و بازاریـابی در زیر آورده شـده اسـت ۱. چه ارتبـاطی بین بازاریابی تکنولوژی پزشکی توسط صـنعت آن و مدیریت این تکنولوژی توسط سازمان های مراقبت سـلامت و متخصصـین پزشکی وجود دارد ۲. اثر بازاریـابی تکنولوژی پزشـکی روی موفقیت و بقـای بلنـد مـدت سازمان های مراقبت سـلامت چیست؟ محققین" چارچوب "قاعـده مـدار بازاریـابی به دیگر موضوعـات تحقیقی که تا محیط پزشکی گسترده می شونـد، نیز علاقمندنـد. این موضوعات شامل موارد زیر هستند: ارتباط های بازاریابی و سایر حوزه های مالی مثل۲ RD، منـابع خارجی، بازاریابی و بازاریابی استراتژیک. حوزه مهم و اصلی دیگر در تحقیقات این" چارچوب "توسعه محصول جدید و بازاریابی آن است. باید متوجه باشیم که در مورد" چارچوب" بازاریابی، مثل سایر" چارچوب ها "ارتباطMMT با" چارچوب؛ "محدود به کاربرد آن در مراقبت سلامت نمی شود. این ارتباط از گسترش مشـکلات تحقیقی تا کاربردهایشان در پزشکی فراتر رفته است. حتی مشکلات بازاریابی و سوالات تحقیقی درMMT ادغام می شوند یعنی سر و کار داشتن با موضوعات و مشکلاتی که در محیط پزشکی اصلی و همیشگی هستند این موضوع، به طور واضـح در دومین سوال تحقیقی بالاـ ذکر شـده است. ارتبـاط مطـالعه شـده، بین یـک موضوع بازاریـابی و موقعیت و بقـای سازمـان مراقبت سـلامت است. این موضوع   فقط محدود به بازاریابی تکنولوژی در سازمان های مراقبت سلامت و چگونگی اصلاح این فراینـد نمی شود. امروزه بیشتر توجه به سـمت اثرات بازاریـابی (ارتقـا، ارزش گـذاری، کیفیت محصول و خواص دیگر بازاریـاب) روی سازمان ها یا متخصصان پزشکی است ۱ تکنولوژی پزشـکی چگونه خود را با این محیط در حال تغییر وفق می‌دهد؟ همکاری های تکنولوژی پزشـکی از هزینه هایش بسیار مهم تر است. تکنولوژی پزشـکی منجر به موسسه ای شـدن پزشـکی، تخصـص های پزشـکی، نیروهای اجتماعی قدرتمنـد که توسعه آن را شـکل می دهنـد و به برخی تغییرات ساختاری کوچک (مثل پزشـکی از راه

دور) شده است. تکنولوژی پزشکی به طور سنتی، راه حلی برای هر آنچه که مانع پزشکی بوده، است نه دلیل این موانع مزایایی که از تکنولوژی پزشکی حاصل می‌شو د ناشی از مدیریت تکنولوژی پزشکی‌است. وقتی که یک تکنولوژی پزشکی جدید به سازمان ارائه‌دهنده مراقبت سلامت معرفی می شود، به خودی خود برای سازمان و بیمارانش ارزش تولید نمی‌کند. لازم است که تکنولوژی تطابق یافته، مدیریت شده و برای ایجاد ارزش جهت دهی شود. در عبارتی کلی تر، این جنبه اثربخشی کاربرد تکنولوژی است. اگر چه به طور همزمان، جوانب اطمینان یابی از کاربرد کارایی تکنولوژی نیز وجود دارد، مزایای اقتصادی آن و بازگشت آن به سرمایه، نیز تعدیل پذیر و قابل محاسبه است. منابع

sesaC dnA ecitcarP ,yroehT ygolonhceT lacideM fO tnemeganaM" ,relleH irO ,relsieG"۱
rezeilE-nodnoL/thcerdroD/notsoB srehsilbuP cimedacA rewulK ۸۹۹۱۲"ygolonhceT dna
ecneicS ni tnetnoC dna stxetnoC ,ygolonhceT lacideM" ,snavE .T ,enaJtteggoD kraM,
.AadnariM eD .A leahciM- ۵۰۰۲۳b nniF-?hcraM ,kramneD ,htlaeH fo draoB lanoitaN" kooB
dnaH tnemssessA ygolonhceT htlaeH" dnumgiS agleH ,nesnetsirk mulr ۸۰۰۲,۲.noitide dn
۴- طارق خلیل " مدیریت تکنولوژی، رمز موفقیت در رقابت و خلق ثروت " ۱- Management Of Technology
۲- Research Development

راهکارهای بهبود مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت

دکتر مهدی باسخا- دکتر ارشک مسائلی

چکیده: پیشرفت در توسعه منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان با چالش‌های بیشتری همراه است. با توجه به اهمیت توسعه انسانی و مطرح شدن انسان به عنوان محور توسعه که نمود بارز آن را می‌توان در برنامه توسعه هزاره سازمان ملل دید، مدیریت منابع انسانی در این بخش از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود.برنامه ریزی پیرامون توسعه نیروی انسانی در بنگاه‌های سلامت و مزایای ناشی از آن برای بنگاه‌ها، جذابیت روزافزونی را برای آنها به دنبال داشته است. مطالعه حاضر با دسته‌بندی مهمترین حوزه‌های تاثیر گذاری بر مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت، اقدامات اساسی لازم در هر بخش را مورد توجه قرار داده است.واژگان کلیدی: مدیریت منابع انسانی، سلامت، بهره‌وری، مشارکت، رهبری، تامین مالی۱- مقدمهپیشرفت در توسعه منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان با چالش‌های بیشتری همراه است. با توجه به اهمیت توسعه انسانی و مطرح شدن انسان به عنوان محور توسعه که نمود بارز آن را می‌توان در برنامه توسعه هزاره سازمان ملل دید، مدیریت منابع انسانی در این بخش از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود.برنامه ریزی پیرامون توسعه نیروی انسانی در بنگاه‌های سلامت و مزایای ناشی از آن برای بنگاه‌ها، جذابیت روزافزونی را برای را برای آنها به دنبال داشته است.میزان موفقت سیستم‌های سلامت ملی به طور قابل توجهی به نیروی کار شاغل در آنها بستگی دارد. مدیریت منابع انسانی متمرکز و اهمیت آن در خدمت رسانی به بیماران در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است. اما این موضوع در سال‌های اخیر توجه سیاست‌گذاران را به خود معطوف نموده و به منظور بهبود دسترسی به خدمات سلامت، توسعه نوآوری در خدمات و ایجاد مدل‌های نوین برای ارائه خدمات به همراه فراهم نمودن خدمات برپایه نیازهای بیماران، سیاست‌های مدیریت منابع انسانی متمرکز پایه اصلاحات در این بخش‌ها قرار گرفته است.۲- مدیریت منابع انسانی و نظام سلامتهمواره نظریه پردازان مدیریت به دنبال یافتن ارتباط نظری پیرامون راهکارهای مدیریت نیروی انسانی و عملکرد سازمان بوده‌اند. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که میان مدیریت منابع انسانی و عملکرد سازمان ارتباط گسترده‌ای وجود دارد. (West et al, ۲۰۰۲ Huselid, ۱۹۹۵ Arthur, ۱۹۹۴) این موضوع در سیستم سلامت کشورهای مختلف نیز

مورد بحث قرار گرفته است. به عنوان مثال برخی معتقدند که همکاری میان مدیران منابع انسانی و مدیران اجرایی بیمارستان‌ها، یکی از شاخص‌های اساسی در افزایش توانایی کارکرد موفق آنها خواهد بود. ((Whittaker and Marchington, ۲۰۰۳بیش از ۳۲۰ هزار نفر شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران وجود دارد که این بخش را به یکی از مهمترین بخش‌های خدماتی از نظر نیروی کار فعال تبدیل نموده است.سیستم سلامت ملی یکی از پیچیده‌ترین ساختارهای اقتصادی از نظر نیروی کار در هر کشور به شمار می‌رود؛ این سیستم در برگیرنده طیف وسیعی از افراد، شامل کارکنان بخش‌های اداری، تا پیچیده‌ترین تخصص‌های پزشکی می‌باشد که برنامه‌ریزی پیرامون نیروی انسانی در این بخش را با دشواری‌های بیشتری همراه می‌سازد.سیستم ملی سلامت، به عنوان یک بخش دولتی، ویژگی‌های متمایزی را نسبت به سایر بخش‌ها دارد. مهمترین این تمایزها را می‌توان در محدودیت‌ها، تاثیرات سیاسی، محدودیت‌های اعتباری، فعالیت جغرافیایی گسترده و موارد مشابه دانست.مدیریت منابع انسانی (HRM) امروزه در هر سازمان از ضروری‌ترین ابزارهای لازم برای افزایش کارایی یکی از عوامل تولید، یعنی نیروی انسانی به شمار می‌رود. این اهمیت در بخش‌هایی که نیروی انسانی نقش ویژه‌ای در تولید دارند، اهمیت بیشتری خواهد داشت. بخش خدمات، به دلیل نقش کاربردی نیروی انسانی در فرایند تولید، اهمیت بالایی را به مدیریت این عامل تولید قایل خواهد بود. اهمیت نیروی انسانی در بخش‌های مختلف خدمات نیز یکسان نیست؛ با توجه اهمیت یافتن بعد انسانی توسعه در سال‌های اخیر، تاکید بسیاری از کشورها در برنامه‌های توسعه خود بر روی سرمایه‌انسانی بوده است. آموزش و بهداشت، به عنوان دو مورد از مهمترین جنبه‌های سرمایه انسانی مطرح می‌باشند. بنابراین مدیریت منابع انسانی در بنگاه‌هایی که با این دو سرمایه در ارتباط هستند، از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود.در بنگاه‌های سلامت، متخصصین بهداشت و درمان، مهمترین سرمایه برای تولید به شمار می‌روند؛ هنگامی که این بنگاه‌ها مدیریت کارآمدی بر روی این بخش از منابع خود داشته‌باشند، نتیجه افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و حرکت بنگاه به سمت رقابت‌پذیری بیشتر خواهد بود. با نگاهی به مشکلات مربوط به بنگاه‌های سلامت، مشاهده می‌شود که مفهوم مدیریت منابع انسانی به صورت مناسبی در آنها به اجرا در نمی‌آید. علیرغم اینکه بسیاری از مدیران مکرراً بر اهمیت نیروی انسانی تاکید دارند، اما آنها غالباً از سیستم مدیریتی، راهکارها و فرایندهایی که برای حمایت از این عامل مهم تولید نیاز است، غافل هستند.مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه بسیار ضعیف و چند پاره بوده و نبود انگیزه یکی از مهمترین مشکلات سیستم سلامت در غالب این کشورها به شمار می‌رود.   نیروی انسانی یکی از مهمترین منابع نظام ارائه خدمات بهداشتی- درمانی است چرا که بهره گیری از تکنولوژی‌های بهداشتی در مدیریت و تدارک خدمات به منظور ارتقای سطح سلامت، به عهده این بخش از سیستم بهداشتی - درمانی است. از طرف دیگر هزینه پرسنلی معمولاً بین ۶۰ تا ۸۰ درصد کل هزینه جاری صرف شده در بخش سلامت را تشکیل می‌دهد. لذا با توجه به ماهیت این بخش تربیت تعداد نامناسب نیروی انسانی علاوه بر اتلاف منابع اثرات منفی بر سلامت جامعه خواهد داشت.۳-   ارکان مدیریت منابع انسانیمدیریت منابع انسانی عبارتست از استفاده جامع از سیستم، سیاست‌ها و تکنیک‌های مدیریتی به منظور استخدام، حمایت و پرورش نیروی کار در راستای نیل به اهداف مطلوب سازمان. (Armstrong, ۲۰۰۶)این تعریف از مدیریت منابع انسانی بر یکپارچگی سه عنصر اساسی در سازمان تاکید دارد که هر کدام در جایگاه خود از اهمیت بالایی برخوردار هستند. این سه عنصر عبارتند از: سیستم؛ سیاست‌ها و تکنیک‌های مدیریتی و رهبری.یک سیستم مدیریت منابع انسانی خوب باید از سیاست‌های مناسب منابع انسانی حمایت نماید. سیاست‌های مناسب در زمینه نیروی انسانی، نیازمند سیستم جامع مدیریت منابع انسانی مناسب، و این سیستم نیز نیازمند مدیرانی در سطوح متفاوت است که دارای تجارب مناسب در این زمینه بوده و در کنار احترام داشتن ارتباطات مناسب، مدافع نیازهای کارکنان خود باشند. بعلاوه باید در سطوح بالای سازمان، بر اهمیت وجود سیستم مدیریت منابع انسانی تاکید گردیده و وجود آن برای سازمان لازم شناخته شده باشد. هنگامی که مدیریت منابع انسانی کارکرد مناسبی در سازمان داشته باشد، سیستم با بهبود مهارت‌ها،

رضایت شغلی و ایجاد انگیزش در کارکنان منجر به بهبود عملکرد سازمان خواهد شد.در جدول شماره (۱) اجزای لازم برای داشتن کارکرد مناسب در یک سیستم مدیریت منابع انسانی مورد اشاره قرار گرفته است.جدول شماره ۱: اجزای مدیریت منابع انسانی (HRM)ظرفیت HRM بودجه HRMنیروی انسانی HRM برنامه‌ریزی HRM رسالت و اهداف سازمانبرنامه‌ریزی منابع انسانیسیاست‌های پرسنلی سیستم طبقه‌بندی مشاغلسیستم سود و جبران خدماتاستخدام، اجاره، انتقال و ترفیعبرنامه موقعیت یابیتوصیه‌های سیاستیفرایند تادیب، فسخ قرار داد و شکایتسایر سیستم‌های انگیزشیارتباطات اتحادیهایقبول و اجرای قوانین کارداده‌های HRM داده‌های نیروی کارکامپیوتری کردن داده‌ها (دیجیتالی کردن)ایجاد پرونده برای نیروی کارمدیریت عملکرد تعریف کارنظارت بر کارکنانبرنامه‌ریزی کاری و نظارت بر عملکردآموزش و کارآموزی آموزش و کارآموزی کارکنانتوسعه مدیریت و رهبری سازمان Hyde and et al., ۲۰۰۶با توجه به اینکه بسیاری از سازمان‌ها، ظرفیت مدیریت منابع انسانی پایینی دارند، مدیران غالباً از امکان دریافت سیستماتیک راهنمایی‌ها و سیاست‌های پیشنهادی محروم هستند. عدم وجود سیستم‌های مدیریت منابع انسانی، تجارت شخصی مدیران را عامل اساسی در اتخاذ تصمیم پیرامون نیروی کار خواهد بود. مزایای بسیاری برای به کارگیری مدیریت منابع انسانی در سازمان‌ها مورد شناسایی قرار گرفته است. مهمترین مزایای این فرایند که طی آن سازمان و نیروی کار منتفع می‌شوند، به صورت خلاصه در جدول (۲) بیان گردیده است.جدول شماره ۲: مزایای سیستم مدیریت منابع انسانی مناسببرای سازمان برای نیروی کارافزایش قابلیت بنگاه در حفظ نیروی کار مناسب برای نیل به اهداف بلند مدت سازمان بهبود پاداش دریافتی نیروی کار و سطح پاسخگویی ویافزایش کارکرد نیروی کار افزایش درک نیروی کار از ارتباط کار وی و اهداف سازماناستفاده بهینه از دانش و مهارت نیروی کار ایجاد انگیزش بالاکاهش هزینه‌ها از طریق افزایش بهره‌وری و کارایی کارکنان افزایش رضایت شغلیبهبود توانایی‌های سازمان در مدیریت تغییرات تشویق انجام کار به صورت گروهی۴- چارچوب عملی برای منابع انسانی بخش بهداشتموفقیت در تامین منابع انسانی برای بنگاه‌های اقتصادی، با محوریت مدیریت منابع انسانی به عوامل مختلفی بستگی دارد. سیاست‌های اشتغال مناسب، تامین منابع مالی کافی برای نیروی انسانی، همکاری با موسسات آموزش و کارآموزی برای کارکنان، مشارکت با شرکت‌های خصوصی، نهادهای غیر دولتی و غیر انتفاعی را می‌توان از جمله این عوامل به شمار آورد.مدیریت منابع انسانی در این فرایند به دلیل اهمیت و نقشی که در ایجاد یکپارچگی ای مجموعه دارد، در مرکز قرار گرفته است.شاخص‌های زیادی وجود دارد که رضایت کارکنان یک بنگاه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد دوست دارند دستمزد عادلانه‌ای دریافت نمایند، اما مطالعات بسیاری نشان داده است که پول تنها عامل در رضایت شغلی به شمار نمی‌رود. با این وجود، دستمزد عادلانه، نیروی کار را برای مشارکت در مسیر نیل به اهداف بنگاه تشویق نموده و نیروی کار همواره به دنبال افزایش بهره‌وری خود از طریق به روز کردن دانش و توانایی‌های خود خواهد بود. به روز نگهداشتن دانش و توانایی‌های مهارتی، موضوع بسیار اساسی برای بنگاه‌های سلامت به شمار می‌رود؛ چراکه دانش پزشکی روز به روز در حال پیشرفت بوده و به روز بودن متخصصان این رشته منابع فراوانی را می‌تواند نصیب بنگاه و جامعه نماید. مرور مطالعات صورت گرفته در زمینه مدیریت منابع انسانی نشان می‌دهد که شاخص‌های گسترده‌ای را می‌توان در این زمینه مورد توجه قرار داد. با توجه به ساختار مورد بررسی (بخش سلامت)، طبقه‌بندی لازم از مهمترین عوامل موثر در فرایند مدیریت منابع انسانی را صورت گرفت.در نمودار (۱) چارچوبی جامع منابع انسانی بخش سلامت را که بر اساس آن می‌توان بهبود در وضعیت بروندادهای بخش بهداشت را انتظار داشت طراحی شده است. این چارچوب گذرگاهی را برای دولت و مدیران بخش سلامت فراهم می‌سازد تا استراتژی‌هایی که عرضه مناسب از نیروی کار آموزش دیده در این بخش را به دنبال دارد را مورد استفاده قرار دهند. در این چارچوب اجزاء لازم برای اطمینان از این موضوع در بهترین مکان و بهترین زمان مورد توجه قرار می‌گیرد. این مدل به سیاست‌گذاران و مدیران در پنج حوزه برای فعالیت جایگاه قائل می‌گردد. این پنج حوزه که بر اساس مطالعات صورت گرفته انتخاب و طراحی گردیده‌اند، عبارتند از سیاست

(Biscoe, ۲۰۰۱)، تـامین مالی (Frosberg et al., ۲۰۰۱)، آموزش (Bosert et al. ۲۰۰۷)، مشارکت (Bennet and Franco, ۲۰۰۳) و رهبری (Lok and Crawford, ۱۹۹۹). نمودار شماره ۱: چارچوب جامع مـدیریت منابع انسانی در حوزه سلامت۴-۱- الزامات سیاستیدر سطح ملی محیط سیاسـی برای تصـمیم گیری پیرامون منابع انسانی به صورت پراکنده شـکل گرفته است. اختیار لازم برای برنامه‌ریزی پیرامون جبران خدمات نیروی کار، استخدام، ترفیع، کارآموزی و مدیریت نیروی انسانی در میان سازمان‌هـای مختلف توزیع شـده است. هماهنـگ نمودن اهـداف و سـیاست‌های اتخـاذ شـده توسط هر کـدام از این سازمان‌ها برای بهبود وضـعیت نیروی انسانی در بخش سـلامت بسیار اساسـی می‌نمایـد. در زمینه الزامات سیاستی باید دو نکته را مورد توجه قرار داد. اولاً سـیاست‌های پرسنلی نامناسب ممکن است کمبود نیروی انسانی ماهر را برای بنگاه به دنبال داشته باشد. بعلاوه حقوق پایین مهاجرت نیروی کار ماهر را به دنبال خواهد داشت. بهترین مدیران افرادی هسـتند که بتوانند با اسـتفاده از سیاست‌های مناسب زمینه مقـابله بـا این محـدودیت‌ها را تـدارک ببیننـد. مهمـترین اقـداماتی که می‌تـوان در این زمینه انجـام داد، عبـارت خواهـد بـود از: - شناسـایی محـدودیت‌های مربوط به نیروی انسـانی- اتخـاذ سـیاست‌های منـاسب و توسـعه انگیزه لازم برای جلوگیری از مهاجرت نیروی کار نخبه- همتراز کردن فعالیت‌هایی که کادر بنگاه سـلامت توانایی انجام آن را دارند- بهبود ساختار حقوق و مزایا. ۴-۲- الزامات تامین مالیمـدیریت مالی قوی در بنگاه‌های سـلامت، از ارکان مهم برای فعالیت نیروی انسانی کارآمد می‌باشد. مهمترین شـاخصه مـدیریت مـالی پویـا در بنگـاه، وجود سیسـتم بودجه‌ریزی پرسـنلی منـاسب می‌باشـد که در نتیجه آن بنگـاه توانـایی تـامین هزینه‌های لازم برای فعالیت و توسـعه نیروی انسانی ماهر در بخش سـلامت را داشـته باشد. نباید از این مهم غافل بود که افرادی که در قبال تصـمیمات خود پاسـخگو هستند، باید از توانایی لازم برای ایجاد پوشش مالی برای تصمیمات خود برخوردار باشند. در این زمینه نیز بایـد دو نکته اساسـی را مـورد توجه قرار داد؛ اول اینکه بـا توجه به اهمیت مهـاجرت نخبگـان در بخش سـلامت از اهمیت بالا‌یی برخوردار است، منابع لازم برای بازآموزش و افزایش توانایی‌های آنان از جمله عوامل مهم در حفظ این دسـته از نیروی کار به شـمار می‌رود. این موضوع علاوه بر آنکه نیازهـای علمی نیروی کار را مرتفع می‌سازد، توانایی بنگاه را نیز با افزایش توانایی‌های مهارتی آن افراد، به دنبال خواهد داشت. ثانیاً تاخیر زیاد در زمینه جذب نیرو، منجر به کاهش بهره‌وری در سیستم سلامت را خواهد شـد. محـدودیت منـابع مـالی بایـد این امکـان را به مـدیران بدهـد تا فراینـد جـذب نیروی کار را در زمان مناسب به انجام برساننـد. پیشـنهاداتی که برای مـواجهه بـا این دو موضـوع می‌توان ارائه داد عبـات خواهـد بود از: - بررسـی وضـعیت حقوق و دسـتمزد- ارزیـابی نابرابری‌هـای موجود در حقوق و دسـتمزد - ارزیـابی نیازهـای کـارآموزی و بازآموزی کارکنان- هـدف گـذاری‌های انگیزشی برای کارکنان. ۴-۳- بهبود آموزشـیکی از گام‌هـای اساسـی برای حصول اطمینان از اینکه بنگاه دارای نیروی کار مفیـد و کارآمـد می‌باشد، ان است که بنگاه توانایی آموزش مناسب برای کارکنان و مدیران خود را در مراحل مختلف داشـته باشد. ترکیب سیسـتم آموزش پزشـکی در وزارت بهداشت و درمان بسـیاری از کشورها، دغدغه‌های پیرامون آموزش نیروی کار لازم برای بخش سلامت را تا حدودی حل کرده است؛ اما در این بین نباید از کارآموزی و یا بازآموزی نیروی کار در بخش سلامت غافل بود، زیرا همانگونه که گفته شد، بخش سـلامت به دلیل رشد سـریع دانش در حوزه سـلامت، این دو موضوع تاثیری بسیار زیادی در افزایش بهره‌وری نیروی کـار خواهـد داشـت. مهمـترین اقـداماتی کـه در این زمینه می‌تـوان اتخـاذ کرد عبارتنـد از:- بررسـی نقش تـامین کننـدگان (پروایـدرها) خـدمات سـلامت و ارتبـاط آنهـا بـا نیازهـای سـلامت در جـامعه- قانون‌گـذاری در زمینـه کـارآموزی و بـازآموزی- در نظر گرفتن مشوق‌هـای آموزشـی برای جلـوگیری از فرار مغزهـا- ایجـاد ارتبـاط میـان آموزش مـداوم و سیسـتم درآمد. ۴-۴- ایجـاد مشارکتـاگر اجرای برنامه‌هـای خاص در سیسـتم سـلامت با مشـکل کمبود نیروی انسانی مواجه است، می‌توان خدمات سـلامت را با اسـتفاده از ایجاد مشارکت میان بخش سلامت و سایر بخش‌های جامعه مانند سازمان‌های غیر دولتی، نهادهای مدنی، نهادهای مذهبی و یا سایر سازمان‌های مشابه پیگیری نمود. ایجاد چنین ظرفیتی در نظام سـلامت، علاوه بر پوشش کاستی‌های

مربوط به نیروی انسانی در این بخش، قـدرت رسانـدن خـدمات بهداشتی و درمانی را به سـطوح مختلف جامعه افزایش خواهد داد. مهمترین اقـدامات لازم برای ایجـاد چنین ظرفیتی در نظـام سـلامت کشور را می‌توان در قـالب فعالیت‌های زیر دسـته‌بندی نمود:- ایجـاد ساختارهـای نظیر هیئت امناء در بیمارسـتان و کمیته‌های سـلامت اجتماعی- تسـهیل برنامه‌ریزی مشترک- آموزش نیروی لازم برای جذب سـرمایه و مدیریت پروژه- تشـکیل تیم‌های مدیریت سلامت منطقه‌ای- افزایش انگیزه‌های مشارکت در جوانان و گروه‌هـای اجتمـاعی مختلف در برنامه‌های سـلامت.۴-۵- شـکل دادن رهبریرهـبری نظری، در سـطوح مختلـف سـلامت یکی از ضرویات لازم برای مواجهه با مشـکلات سلامت و نیل به اهداف لازم در شرایط پیچیده به شمار می‌رود. مدیران بخش‌های مختلف می‌توانند در ایجاد یک رهبری نظری پیرامون اهداف و برنامه‌های نظام سـلامت با هم همکاری نزدیک داشته باشند. در راستای این امر مهمـترین اقـدامات عملی را می‌تـوان در قـالب مـوارد زیر بیـن داشت:- تعیین شـفاف وظـایف کارکنـان و دادن بازخوردهـای مناسب و حمایتی به آنان- سهیم کردن کارکنان در فرایند تنظیم و نظارت بر اهداف بنگاه- توسعه برنامه‌های نظارتی و حمایتی بر روی مدیران جدید- تمرکز بر کار گروهی برای تشخیص و حل مشکلات. ۵- نتیجه گیریبا توجه به اهمیت نیروی انسانی در بخش سـلامت، مهمترین جنبه‌هـای مـدیریت منابع انسانی در این بخش مورد توجه قرار گرفت. با مروری بر مطالعات صورت گرفته پیرامون مـدیریت منـابع انسـانی در سازمان‌های سـلامت، مـدل مناسبی از ارکان مـدیریت در بخش سـرمایه انسانی این بخش مطرح گردیـد. این مـدل مـدیریت منـابع انسـانی را از پنـج بعـد الزامات سیاسـی، الزامات تامین مالی، بهبود آموزش، بهبود مـدیریت منابع انسانی و ایجاد مشارکت مورد توجه قرار داد. در هرکدام از این بخش‌ها اقدامات اساسی موثر برای بهبود وضعیت منابع انسانی ارائه گردیـد.به طور کلی می‌توان بیـان نمود که مـدیریت مناسب منابع انسانی ارتباط مسـتقیمی با بهره‌وری و عملکرد بنگاه‌های سـلامت دارد. این فاکتور می‌توانـد این اطمینان را در نیروی کار ایجاد نمایـد که چه کاری بایـد انجام دهـد، بازخورد بموقع دریافت نمایـد، احسای با ارزش بودن و احترام نماید و در نهایت امکان افزایش توانایی‌ها و رشد در بنگاه را داشته باشد. مدیریت منابع انسانی تکه تکه و سیاست زده و کمبود مدیران منابع انسانی دو محدودیت عمده برای داشتن سیستم مناسب برای مدیریت منابع انسانی به شمار می‌روند. برای غلبه بر این مشـکل سیاست‌های زیر را می‌توان مورد تاکید قرار داد:- تعیین مدیر ارشد برای تصدی گری مدیریت منابع انسانی- ایجاد دوره‌های مدیریت منابع انسانی برای مدیران- توسـعه آموزش‌های حین خدمت و مهارت محور برای نیروی کار- تقویت نظارت- شناسایی نابرابری‌های مربوط به حجم کار و دستمزد و پاداش. ۶- منابع و مواخذ

۱- West, M., Boril, C., Dawson , J., Sculy, J., Carter , M., Anelay, S., Patterson , M. and Waring, J, 'The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals', International Journal of Human Resource Management, ۱۳:۸, ۲۰۰۲,۱۲۹۹–۱۳۱۰. ۲- Huselid, M. A., 'The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance', Academic of Management Journal, ۳۸(۳), ۱۹۹۵, ۶۳۵–۷۲.۳- Arthur , J. B., 'Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover', Academy of Management Journal, ۳۷, ۱۹۹۴, ۶۷۰–۶۸۷.۴- Whitaker, S. and Marchington, M., 'Devolving HR responsibility to the line: Treat, opportunity or partnership?' Employment Relations, ۲۵(۳), ۲۰۰۳, ۲۴۵–۲۶۱.۵- Armstrong, Michael, 'A Handbook of Human Resource Management Practice', ۱۰th edition, London: Kogan Page, ۲۰۰۶.۶- Hyde P., Boaden R., Cortvriend P. and Harris C., 'Improving Health through Human Resource Management' Chartered Institute of

Personnel and Development and the Department of Health, ۲۰۰۶.۷- Biscoe G., 'Human resources: the political and policy context', Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, Geneva: World Health Organization ۲۰۰۱.۸- Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B, 'Financial incentives in health care, The impact of performance-based reimbursement, Health Policy ۵۸, ۲۰۰۱, ۲۴۳-۲۶۲.۹- Bossert, T., Barnighausen T., Bowser D., Mitchell A. and Gedik G., 'Assessing Fi¬nancing, Education, Management, and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. Geneva', World Health Organization, ۲۰۰۷.۱۰- Bennett S., Franco L., 'Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework', Partnership for Health Reform. Bethesda: Abt Associates ۱۹۹۹.۱۱- Lok, P. and Crawford, J. 'The relationship between commitment and organizational structure, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development', Leadership & Organizational Development Journal, ۲۰(۷), ۱۹۹۹, ۳۶۵-۷۳.

انگیزش:ضرورت نظام خدمات درمانی کشور

۲۶

مدیریت انگیزشی: ضرورت نظام خدمات بهداشتی درمانی کشورمحمودرضا هاشم ورزی

بـا توجه به اجرای برنـامه طرح تکریم ارباب رجوع در نظام ارائه خـدمات بهـداشتی درمانی و تاکیـد مـدیران اجرائی سیستم برلزوم جلب رضایت مشتریان (ارباب رجوع) ، اگر بنا باشـد حـد قابل قبولی از مشتری مـداری را در نظام ارائه خـدمات بهـداشتی درمانی حفظ کنیم بایـد تا همان حـد به انگیزه ها و رضایت شـغلی کارکنان نیز توجه داشته باشـیم . مـدیران سیستم بایـد کارکنان خود را بعنـوان مشتریـان داخلی تلقی نمـوده و به این نکته مهم تـوجه داشـته باشـند که آنهـا نیز نیازهـا و انتظاراتی دارنـد .این امر بـا درک مهمترین خواسـته های کارکنان از فعالیت شـغلی شان ، فراهم ساختن محیطی آرام همراه با اعتماد متقابل وتعهـد نسبت به اهداف و ارزشـهای سازمان میسر می شود .لذا یک مدیر کار آمد باید آنچنان شـرایطی را برای کارکنان فراهم نماید تا آنان صـرف نظر از حقوق ومزایـایی که می گیرنـد بـا جـان ودل در خـدمت سیسـتم باشـند .بنابراین ایجاد انگیزه شـغلی در کارکنان برای ارائه بهترین خدمات سازمانی به ارباب رجوع اساس مدیریت می باشد. از سوی دیگراساس انگیزه شـغلی در کارکنان این است که به افراد آنچه را بـدهیم که واقعاً از کارشـان انتظار دارنـد . یک مـدیر هر چه بیشتر بتوانـد آنچه را که کارکنان نیاز دارنـد در اختیارشان بگـذارد همـان قـدر هم می توانـد آنچه را سیسـتم نیاز دارد ،ماننـد بهره‌وری ،کیفیت ،خـدمات و .. را از کارکنان خود انتظار داشـته باشـد . بررسـیها غالباً حاکی از این است که کارکنان ، مایلنـد بهترین نمود شـغلی و شـیوه ارائه خـدمات را ازخود به نمایش بگذارند ، ولی گاهاً احساس می شود که مدیریت و سیسـتم مانعی بر سر راه آنهاست .بسیاری از مدیران ، علیرغم داشتن کمال حسن نیت ، آنچنان محیطی را برای کارکنان فراهم می سازند که موجب کاهش بازده کاری ، بهره وری کم وتزلزل روحی کارکنان می شود. از طرفی عدم درک صـحیح از شرائط کارکنان و نبود ارتباط موفق بین مدیران و کارکنان موجب آن می شود که آنان غالبا بر ضد هم عمل نموده ، در این میان ، مشتری قربانی جنگ بین آنها شود . برای ارائه خـدمات بهینه لازم است کارکنان احساس خوشایند و دلپذیری نسبت به خود و کارشان داشـته باشـند . هنگامی که به کارکنان و خـدماتشان ارزش داده شود آنان با جان ودل کار خواهند نمود ،

لذا برای شکوفایی و پیشرفت و مدیریت کیفیت در عصر فن آوری و اطلاعات ، مدیران سیستم باید برای کارکنان خود نیز آنچنان باشند که مورد انتظار کارکنان کار آمد و توانمند است .در اجرای برنامه ها زمانی که نیاز مند همکاری تیمی هستیم گاهاً به نظر می رسد که در جا می زنیم ، برخی از کارکنان آنچنان عمل می کنند که گویی از کارشان طفره می روند و یا کوشش چندانی از خود نشان نمی دهند .هرچند خوشبختانه ، علی رغم مشکلاتی که در سیستم مدیریتی برخی ادارات تابعه وجود دارد ، کارکنان کم کار و ناسازگاردر اقلیتند .ولی با این حال این معدود کارکنان هم می توانند بی نظمی و اختلال رادرسیستم اشاعه دهند . مدیران بایدبدانند چرا وچگونه کارکنان یک سیستم ناسازگار و کم کار می شوند ؟ بیشتر کارکنان از ابتدا ناسازگار و کم کار نیستند ! بلکه سیستم مدیریتی و فرایند موجود زمینه را برای کم کاری آنان فراهم می آورد ، بررسیهای صورت گرفته توسط مؤسسه آمار گیری گالپ در همین زمینه حاکی از آن است که : ۸۸ درصد از کارکنان می خواهند سخت کار کنند و بیشترین تلاش خود را در کارشان نشان دهند. ۵۵ درصد اظهار داشتند که یک احساس و احتیاج درونی ، مشوق استفاده از بهترین توان آنهاست ، صرف نظر از حقوق ومزایائی که دریافت می کنند.اما : ۵۰ درصد گفته اند ، فقط آنقدر تلاش می کنند که اخراج نشوند . ۷۵ درصد بیان داشته اند : که می توانستند بطور قابل ملاحظه ای موثر تر کار کنند ، وقتی از آنها پرسیده شد پس چرا کوشا تر نیستید؟ گفته اند : رئیس ما نمی داند چگونه ما را به کار وا دارد!! آنقدر حقوق نمی گیریم که بهتر کار کنیم !!مدیران ارجمند ! آیا این جوابها به نظر شما آشنا نیستند ؟ آیا این جوابها شما را ناراحت نمی کند؟لذا می بینیم که اکثر کارکنان می خواهند کوشش کرده و نیاز های خود را از طریق کار برآورده سازند .در عین حال تامین باشند ، به خواسته های ارباب رجوع توجه داشته باشند ، از کارشان راضی وخشنود باشند و مهارتهای جدید را کسب نمایند .اما می بینیم ، غالباً آنچه کارکنان از کارشان توقع دارند آنی نیست که مدیران سیستم در اختیارشان می گذارند . غالب مدیران ، ارائه خدمات شایسته با درد سرکمترو موفقیت بیشتر را از کارکنانشان توقع دارند و خیلی کم به احتیاجات واقعی کارکنان توجه می کنند .از سوی دیگر ، با پیشرفت تکنولوژی امروزه کارکنان به مهارتهای بیشتری نیاز خواهند داشت ، لذا اداره افراد خلاق و توانمند ، حساسیت بیشتری را طلب می کند . هر چه کارکنان از سطح علمی بالاتری برخوردار باشند ، انتظار دارند در محیط کار با آنها رفتار بهتری داشته باشند رفتار بهتر با کارکنان ، یعنی یافتن روشهایی که در آنها اشتیاق بیشتری نسبت به کارشان ایجاد کنیم ! .مادامی که رضایت کارکنان جلب می شود ، اعتقادو اعتماد آنان به سازمان افزایش می یابد. فضای کار تغییر می کند ، توقعات جنبه مثبت تری بخود می گیرد ، جریان کار سریعتر شده ، همچنین کارکنان با علاقه و ا شتیاق بیشتری به انجام وظیفه می پردازند .خلاصه آنکه : هر کارمند می تواند نسبت به کاری که انجام می دهد ، احساس خوشایندی داشته باشد اگر مدیران سیستم انگیزه و رضایت بیشتری را در آنان ایجاد نمایند . ویژگیهای دهگانه ای که کارکنان بیش از هر چیز از مدیرانشان انتظار دارند در محیط کارشان حاکم باشد عبارتند از :۱ برای مدیران کارآمد کار کنند .۲ خودشان اندیشه کنند.۳ نتیجه نهائی کار خود را ببینند .۴ وظیفه خوشایندی به عهده آنان باشد .۵ از جریان کار آگاه باشند۶ نظراتشان شنیده شوند .۷ مورد احترام باشند .۸ از زحماتشان قدردانی شود.۹ به چالش دعوت شوند.۱۰ فرصتهایی برای بهبود مهارتهایشان داشته باشند .امید است مدیران نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قبال زحمات صادقانه پرسنل خدوم عرصه بهداشت و درمان کشور آنچنان عمل کنند که باید .منابع :شیوه های ایجاد انگیزه در افراد نوشته : تایلا دل ترجمه : فرهاد احمدی نائینیمجموعه آموزشی فنون مدیریت کیفیت در یک هفته – هم افزایی (برنامه ریزی عصبی ، زبانی) NLPنوشته : موشاپیرو ترجمه وتدوین : گروه کارشناسان ایران

تهیه و تدوین با دخل و تصرف :محمودرضا هاشم ورزی –کارشناس ارشد روانشناسی بالینی – MPH بهداشت روان – مدرس دانشگاه

'(

(document.write(addy۵۸۴۹۴

)"(document.write

< n </script--//\<

>--!

'<'\(document.write('<span style=\'display: none

--//<

/<script>آدرس ایمیل جهت جلوگیری از رباتهای هرزنامه محافظت شده اند، جهت مشاهده آنها شما نیاز به فعال ساختن جاوا اسکریپت دارید!--<

)>'/'(document.write

'<(document.write('span

--//<

<script>/

<div class="e>

مدیریت پرستاری

رضا جانی تاریخچه مدیریت:گرچه مدیریت به مفهوم کلی آن سابقه ای به قدمت زندگی اجتماعی انسان و حتی بیشتر از ان را داردفاما آنچه که به نام دانش مدیریت برای مدیریت سازمانها و موسسات بخصوص موسسات انتفاعی تکامل پیدا کرده است، مربوط به اواخر قرن نوزدهم وعمدتا قرن بیستم می باشد. تا قبل از قرن بیستم، سازمانها در مقیاسی کوچک و با استفاده از روشهای ساده اداره می شدند و هنوز پیچیدگی امروز خود را پیدا نکرده بودند، در حالی که امروز مدیریتها با مسائل گوناگون همچون جمعیت فزاینده ، رکود آگاهی اجتماعی ،کمبود منابع بخصوص منابع انرژی ، تورم، تامین رفاه، رقابت و نظایر آن روبرو هستند و رعایت همه این مسائل همراه با بزرگ شدن نسبی سازمانها و پیشرفت فن آوری و استفاده از علوم ریاضیات ، اقتصاد و رایانه ، پیچدگی مذیریت را بیشتر کرده است .مکاتب مدیریت:در طول تاریخ و همگام با پیشرفت دانش مدیریت، مکاتب مختلفی در این زمینه پایه عرصه حیات نهادند که عبارتند از:الف) مکتب کلاسیکبه طور کلی نظریه های دانشمندانی مانند هنری فایل، فردریک تیلور، مونی ورایلی، ماکس وبر و لوترگیولیک مهمترین معرف عقاید کلاسیک می باشند و نظریه های مکتب کلاسیک دارای چهار نکته اصلی است که عبارتند از کاصل تقسیم کار – سلسله مراتب – رابطه منطقی – حیطه یا قلمرو نظارتب) مکتب روابط انسانی در این نظریه عامل احتماعی به نوعی عامل مهم در مدیریت مطرح شد . بر این اساس میزان کار و تولید تنها به فرد بستگی ندارد، بلکه به شبکه ارتباطهای اجتماعی که فرد در ان قرار دارد وابسته می باشد.ج) مکتب نئوکلاسیکنظریه های نئو کلاسیک بر این اساس بود که یک کارگر خوشحال یک فرد مولد و سارنده است. بنابر این کارآیی و اثر بخشی سازمانها از راضی و خوشحال نگه داشتن عامل انسانی ناشی می شود ، نه ساخت و روابط رسمی سازمان.د) مکتب جدید مهمترین وجه مشخص کننده مکتب جدید استفاده از نظریه سیستمها در تجسم و تجزیه و تحلیل سازمان می باشد . طرز فکر سیستمی و استفاده از این نظریه بر تمام رشته های علمی از جمله مدیریت سایه افکنده است.مدیریت از دیدگاه اسلام:مدیریت اسلامی : مدیریتی است که در زمینه رشد انسان به سوی الله (الی الله المصیر) را فراهم نماید و مطابق کتاب و سنت وسیره ، و روش پیامبر (ص) و امامان معصوم و علوم و فنون و تجارب بشری جهت رسیدن به هدفهای یک نظام در ابعاد مختلف، همانند یک محور و مدار و قطب عمل کند. این شیوه

مدیریت را مدیریت اسلامی می نامند.سرور آزادگان حضرت امام حسین (ع) در خطبه معروف امنر به معروف و نهی از منکر می فرمایند:و این که میگویم شما علما و دانشمندان دین قیام کنید و حکومت و مدیریت را از دست ناپاکان و بی لیاقتها بگیرید برای آن است که مجاری امور و احکام باید به دست دانشمندان مومن به خدا باشد آنان که امین بر حلال و حرام هستنند.قرآن کریم در موارد متعدد و منایبتهای گوناگون ، امانت مدیریت و امانت داری مدیر را گوشزد نموده است.حضرت علی (ع) در نامه معروف خود به مالک اشتر توصیه می کند که در مدیریت از شیوه های مستبدانه استفاده ننماید :مبادا در منصب مدیریت برخوردهای تو مانند جانور درنده ای باشد که فرصت خوردن آنان را غنیمت بشمری.زشتی و خسارت این گونه مدیریت را باید از زبان پیامبر اسلام شنید که می فرمایند:یک ساعت ستمگری در مسند مدیریت از نود سال گناه کردن در پیشگاه خداوند بزرگتر است.یکی از فقیهان بزرگ و یاران نزدیک امام رضا (ع) فضل بن شاذان نیشابوری است، او میگوید من از علی بن موسی الرضا در مورد ضرورت مدیریت شنیدم که می فرمودند:در مطالعه افراد بشر هیچ گروه و ملتی را نمی یابیم که در زندگی موفق و پایدار باشد مگر به وجود مدیر و سرپرستی که امور عادی و معنوی آنان را مدیریت نماید.از دیدگاه اسلام ضرورت مدیریت تا آنجاست که اگر گروهی قصد مسافرت داشته باشند، در حالی که تعدادشان از سه نفر بیشتر نباشد باید یکی از آنان را به عنوان مدیر برگزینند تا روح نظم و انظباط را بر اجتماع خود حاکم گرداند و کارها در پناه نظارت و هماهنگی مدیر، نتیجه مطلوب را به دست آورد نقش محوری مدیر:از خصوصیاتی که با مقام و منصب مدیریت در آمیخته و مدیر را هر گز گریزی از آن نیست محوریت است.در این مورد می توان ادعا کرد که هرگاه محوریت را مدیریت جدا کنیم ، چیزی دیگر به نام مدیر و مدیریت وجود نخواهد داشت.حضرت علی (ع) مدیریت را به رشته ای که از وسط دانه های تسبیح می گذرد تشبیه می نماید و می فرمایند:نقش مدیر و زمامدار از کشور همانند رشته ای است که از وسط مهره ها گذشته و آنان را در یک محور گرد آورده و به یکدیگر پیوند زده است . هر گاه این رشته پاره شود مهره ها عامل ارتباط را از دست داده و پراکنده خواهند شد و با گسستن ان رشته، دیگر زمینه ای برای گردآوری وجود ندارد.اصول مدیریت:۱- برنامه ریزی (اسلام و برنامه ریزی)چون اسلام عبادت و زراعت دنیا و آخرت، مادیت و معنویت است و به انسان با دیدی جامع می نگرد؛ به برنامه ریزی در ابعاد گوناگون مادی و معنوی سخت معتقد است.اسلام، مسلمانان بی برنامه را مسلمانانی گمشده در بیابانی می داند که به خیال آب به دنبال سراب می گردد و چنین فردی هرگز به سعادت و کمال نخواهد رسید.۲- سازماندهیسازماندهی عبارت است از عمل طبقه بندی وظایف، تفویض اختیار و تثبیت مسئولیت برای احرای وظایف، و تعیین روابط به منظور همکاری موثر در انجام هدفهای سازمان.۳- هماهنگیاز ارکان دیگر مدیریت هماهنگی است که مدیر تشکیلات با یک سلسله حرکتها و برنامه های منظم، واحدهای مختلف سازمان را به یکدیگر ارتباط می دهد و عاملی اصلی برای ایجاد پیوند بین افراد و واحدهای سازمان می باشد.۴- نظارتنظارت و کنترل از دیگر ارکان مدیریت به شمار می آید و مدیر به عنوان یکی از وظایف اصلی خود باید ، شیوه ها ، امکانات و عملیات گوناگون تشکیلات را زیر پوشش نظارتی قرار دهد تا حرکت دستگاهها به انحراف و امکانات موجود به هرز نرود.۵-ارزشیابیمنظور از ارزشیابی این است که مدیر کلیه امکانات به کار برده شده ، اعم از مادی یا معنوی را با بازدهی کار، بر اساس معیارهای مورد قبول به دست آورد تا روشن گردد که آیا به هدفهای کمی و کیفی مورد نظر نایل آمده است یا نه ؟امام کاظم (ع) می فرمایند :کسی که هر روز در محاسبه به ارزشیابی کارهای خود نپردازد از ما نیست و اگر کار نیکی انجام داده است از خداوند فزونی آن را بخواهد و خدا را بر موفقیتی که به دست آورده سپاس گوید و اگر کار زشتی را مرتکب شده است از خداوند آمرزش آن را بخواهد و توبه کند.برنامه ریزی نیروی انسانی در پرستاری:برنامه ریزی پرسنلی(نیروی انسانی)عبارت است از تعیین تعداد افرادی که در سالهای آینده برای تامین هدفهای سازمان باید انتخاب و آموزش داده شوند، ترفیع بگیرند و بازنشسته شوند.براین اسا س تسهیلات و وسایل مورد نیاز پیش بینی میگردد. شروع برنامه ریزی نیروی انسانی با تهیه نمودار سازمانی است که با توجه به نمودار سیر ترفیعات در سازمان؛ آیین نامه

استخدامی،برنامه های آموزشی ضمن خدمت و غیره تهیه میگردد.از آنجا که در سازمانهای بهداشتی و درمانی بیشترین بودجه سازمان را کارنان خدمات پرستاری جذب می کنند لذا مدیران پرستاری جهت موفقیت در ارائه مراقبتهای پرستاری باید طبقه و سطوح علمی کارکنان پرستاری را مشخص نموده و از حداقل آنان برای رفع نیازهای بیماران استفاده نماید. توجه به کارکنان پرستاری نیز در برنامه ریزی نیروی انسانی پرستاری ازاهمیت ویژه ای برخوردار است .مک کی ، عامل نارضایتی در میان پرستاران را کمبود پرستار میداند.سدلر، درتایید این موضوع اضهار میدارد: سلامت بیمارستان در نتیجه کمبود پرستار تهدید می شود.کمبود پرستار در سیستم بهداشت و درمان امری حساس بشمار می آید. بطوریکه انجمن بیمارستانهای آمریکا گزارش کرده است که ۸۵درصد از بیمارستانهایی که در در سال ۱۹۸۷ تحت بررسی قرار گرفته اند کمبود پرستار دارند.با توجه به موارد فوق چنانچه مدیران پرستاری در پی راهی جهت پیشگیری کمبودی که در کارکنان پرستاری بیمارستانها مشاهده می شود، نباشند و در برنامه ریزی نیروی انسانی کمبود پرستار مورد نظظر قرار نگیرد، ممکن است رون ارائه خدمات درمانی دچار مشکلاتی گردد.کلیات سازماندهی:سازماندهی یکی دیگر از وظایف مهم هر مدیر محسوب می شود. تلاش در جهت شناخت وظیفه سازماندهی و اهمیتی که این وظیفه در مدیریت دارد، مستلزم بررسی و مطالعه جنبه های مختلف این وظیفه است.(سازمان عبارت است از وجود هماهنگی معقول در فعالیت گروهی از افراد برای نیل به یک هدف یا منظور مشترک از طریق تقسیم کار و وظایف و از مجرای سلسله مراتب اختیار و مسئوولیت قانونی) حیطه نظارت (انواع سازمانها):هامیلتون ، یورویک و گرایکوناز اولین کسانی بودند که در مورد حیطه قلمرو مدیر تحقیق کردند و هامیلتون پیشنهاد کردکه حدودی برای تعداد افرادی که تحت نظارت مدیر قرار می گیرند باید قائل ،او تعداد مورد بحث را سه الی شش نفر تعیین کرد و بعدها گرایکوناز در تایید نظریه هامیلتون،حداکثر شش نفر را در حیطه قلمرو یک مدیر پیشنهاد کرد.درتعیین حیطه قلمرو مدیر باید به دو نکته یکی پیچیدگی کارودیگری قدرت کسانی که کار را انجام میدهند توجه داشته باشد و هر چه نیاز به نظارت بیشتر باشد باید از تعداد افرادی که در جیطه قلمرو قرار دارند کاسته شود.درواقع قضاوت این که در حیطه قلمرو باید چه تعداد افراد قرار گیرند،به چگونگی کار ،قدرت افراد،قدرت اداره کننده و موقعیت بستگی دارد.سازمان اداری معمولاـ از سه منطقه مدیریت و یک منطقه عملیات به ترتیب زیر تشکیل میشود:۱-مدیران اداری:به اشخاصی اطلاق می گردد که خط مشی و سیاست کلی موسسه را تعین می کند.۲-مدیران واسط یا اجرایی:مسوول اجرای خط مشی و سیاست کلی سازمان هستند.۳-مدیران سرپرست:به اشخاصی اطلاق می شود که در موسسات صنعتی به کارگران و در سازمانهای دولتی با کارمندان مامور اجرای عملیات ، دائما در تماس ومستقیما مسئول عملیات آنان هستند و بالاخره کارکنان مامور اجرای عملیات که وظایف این دسته عبارت از اجرای عملیات اصلی سازمان است.سازماندهی در پرستاری:از آنجا که رده های مختلف در پرستاری وجود دارد وجود این رده ها ایجاب می کند که سازماندهی پرستاری به دقت صورت گیرد تا وظایف و فعالیتهای هر رده روشن شود.سازماندهی یکی از وظایف مهم هر مدیریمحسوب می شود ،بخصوص مدیر خدمات پرستاری وظیفه سنگینی دراین رابطه به عهده دارد ،زیرا تعداد کارکنان پرستاری ،تفاوت بین معلومات آنها،پیچیدگی و اکثر اوقات بحرانی بودن محیط کار ،ساعات طولانی کار،به عبارت دیگر ضرورت وجود پرستاران در رده های مختلف به طور منظم در۲۴ساعت شبانه روز و ۳۶۵روز از سال ،نیازهای کارکنان ،وجود تضاد و هماهنگی بین مقاصد و هدفهای آنان و بسیاری از مسائل دیگر،گویای این حقیقت است که روسای سطوح مختلف واحد پرستاری نه تنها باید به سازماندهی به عنوان فعالیت مربوط به خود توجه نمایندبلکه،باید سعی کنند به منظور پیشبرد هدفهای پرستاری با مطالعات گسترده و عمیقو کسب معلومات جدید و استفاده از فرایندهای علمی فعالیتهای پرستاری را سازمان دهند.مدیر خدمات پرستاری در طی سازماندهی فعالیتهای مورد نظر را ابید مورد توجه قرار دهد،اینفعالیتها بر اساس هدفهای سازمان تعیین می شود.تقسیم کار: تقسیم کار ابتدا توسط آدام اسمیت مطرح شد و مورد استفاده قرار گرفت .آدام اسمیت در کتاب معروف خود به نام ((ثروت ملل)) به اهمیت تقسیم کار اشاره نموده است ،

او در بررسی های خود در یک کارخانه سوزن دوزی ملاحضه کرد که هر کارگر به تنهایی قادر نیست روزانه بیشتر از بیست سوزن تولید کند، بدین جهت او با تقسیم کار به وظایف ساده محصول کار روزانه ده نفر کارگر را به ۴۸۰۰ سوزن در روز افزایش داد یعنی در حقیقت بازده کار کارگران ، ۲۴۰ برابر گردید .روشهای تقسیم کار در پرستاری:۱-روش گروهی یا تیمی:در روش گروهی یا تیمی اعضای گروه شامل پرستار ، بهیار و کمک بهیار می باشد،که تعداد هریک به میزان فعالیت مورد نظر بستگی دارد.۲-روش پرستاری عملی:در این روش مراقب پرستاری به وظایف مختلف تقسیم می شود ، کارها از قبل تنظیم و بین کارکنان پرستاری تقسیم می شود .۳-روش موردی:اولین و قدیمی ترین نظام بالینی پرستاری ((روش موردی))است ،این نظام زمانی به کار گرفته می شود که فلسفه پرستاری بر این اصل استوار باشد که مراقبت یک بیمار به طور کامل به یک پرستار واگذار می شود .۴-پرستاری اولیه :در این روش توجهات پرستاری به صورت مداوم از طرف پرستار متخصص و فارغ التحصیل صورت می گیرد و پرستار مسئولیت و اختیار بررسی ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزیابی برنامه مراقبتی بیمار و مسئولیت ۲۴ ساعته بیمار را تا شیفت بعدی به طور انفرادی به عهده دارد .۵-روش قیاسی یا مدولار:در این روش پرستاری اولیه به نوعی تفسیر شده است و زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که کارکنان پرستاری مرکب از پرستار ، کمک بهیار ، و بهیار باشند ،به هر گروه ۸-۱۲ بیمار داده می شود .منابع:۱-استیفن،پی و رابینز:مدیریت رفتار سازمان،جلد دوم ۲-اخسری،عباسعلی:مدیریت علمی مکتبی از دیدگاه اسلام۳-هانت،راجر.شلی،جان:مفاهیم اساسی کامپیوتر۴-بیتانه،ناهید:بررسی مشخصات مدیران پرستاری و ارزیابی

درباره مرکز تحقیقات رایانه‌ای قائمیه اصفهان

بسم الله الرحمن الرحیم

جاهِدُوا بِأَمْوالِکُمْ وَ أَنْفُسِکُمْ فی سَبیلِ اللَّهِ ذلِکُمْ خَیْرٌ لَکُمْ إِنْ کُنْتُمْ تَعْلَمُونَ (سوره توبه آیه ۴۱)

با اموال و جانهای خود، در راه خدا جهاد نمایید؛ این برای شما بهتر است اگر بدانید حضرت رضا (علیه السّلام): خدا رحم نماید بنده‌ای که امر ما را زنده (و برپا) دارد ... علوم و دانشهای ما را یاد گیرد و به مردم یاد دهد، زیرا مردم اگر سخنان نیکوی ما را (بی آنکه چیزی از آن کاسته و یا بر آن بیافزایند) بدانند هر آینه از ما پیروی (و طبق آن عمل) می کنند

بنادر البحار-ترجمه و شرح خلاصه دو جلد بحار الانوار ص ۱۵۹

بنیانگذار مجتمع فرهنگی مذهبی قائمیه اصفهان شهید آیت الله شمس آبادی (ره) یکی از علمای برجسته شهر اصفهان بودند که در دلدادگی به اهلبیت (علیهم السلام) بخصوص حضرت علی بن موسی الرضا (علیه السلام) و امام عصر (عجل الله تعالی فرجه الشریف) شهره بوده و لذا با نظر و درایت خود در سال ۱۳۴۰ هجری شمسی بنیانگذار مرکز و راهی شد که هیچ وقت چراغ آن خاموش نشد و هر روز قوی تر و بهتر راهش را ادامه می دهند.

مرکز تحقیقات قائمیه اصفهان از سال ۱۳۸۵ هجری شمسی تحت اشراف حضرت آیت الله حاج سید حسن امامی (قدس سره الشریف) و با فعالیت خالصانه و شبانه روزی تیمی مرکب از فرهیختگان حوزه و دانشگاه، فعالیت خود را در زمینه های مختلف مذهبی، فرهنگی و علمی آغاز نموده است.

اهداف :دفاع از حریم شیعه و بسط فرهنگ و معارف ناب ثقلین (کتاب الله و اهل البیت علیهم السلام) تقویت انگیزه جوانان و عامه مردم نسبت به بررسی دقیق تر مسائل دینی، جایگزین کردن مطالب سودمند به جای بلوتوث های بی محتوا در تلفن های همراه و رایانه ها ایجاد بستر جامع مطالعاتی بر اساس معارف قرآن کریم و اهل بیت علیهم السّلام با انگیزه نشر معارف، سرویس دهی به محققین و طلاب، گسترش فرهنگ مطالعه و غنی کردن اوقات فراغت علاقمندان به نرم افزار های علوم اسلامی، در دسترس بودن منابع لازم جهت سهولت رفع ابهام و شبهات منتشره در جامعه عدالت اجتماعی: با استفاده از ابزار نو می توان بصورت تصاعدی در

نشر و پخش آن همت گمارد و از طرفی عدالت اجتماعی در تزریق امکانات را در سطح کشور و باز از جهتی نشر فرهنگ اسلامی ایرانی را در سطح جهان سرعت بخشید.

از جمله فعالیتهای گسترده مرکز :

الف)چاپ و نشر ده ها عنوان کتاب، جزوه و ماهنامه همراه با برگزاری مسابقه کتابخوانی

ب)تولید صدها نرم افزار تحقیقاتی و کتابخانه ای قابل اجرا در رایانه و گوشی تلفن سهمراه

ج)تولید نمایشگاه های سه بعدی، پانوراما ، انیمیشن ، بازیهای رایانه ای و ... اماکن مذهبی، گردشگری و...

د)ایجاد سایت اینترنتی قائمیه www.ghaemiyeh.com جهت دانلود رایگان نرم افزار های تلفن همراه و چندین سایت مذهبی دیگر

ه)تولید محصولات نمایشی، سخنرانی و ... جهت نمایش در شبکه های ماهواره ای

و)راه اندازی و پشتیبانی علمی سامانه پاسخ گویی به سوالات شرعی، اخلاقی و اعتقادی (خط ۲۳۵۰۵۲۴)

ز)طراحی سیستم های حسابداری ، رسانه ساز ، موبایل ساز ، سامانه خودکار و دستی بلوتوث، وب کیوسک ، SMS و...

ح)همکاری افتخاری با دهها مرکز حقیقی و حقوقی از جمله بیوت آیات عظام، حوزه های علمیه، دانشگاهها، اماکن مذهبی مانند مسجد جمکران و ...

ط)برگزاری همایش ها، و اجرای طرح مهد، ویژه کودکان و نوجوانان شرکت کننده در جلسه

ی)برگزاری دوره های آموزشی ویژه عموم و دوره های تربیت مربی (حضوری و مجازی) در طول سال

دفتر مرکزی: اصفهان/خ مسجد سید/ حد فاصل خیابان پنج رمضان و چهارراه وفائی / مجتمع فرهنگی مذهبی قائمیه اصفهان

تاریخ تأسیس: ۱۳۸۵ شماره ثبت : ۲۳۷۳ شناسه ملی : ۱۰۸۶۰۱۵۲۰۲۶

وب سایت: www.ghaemiyeh.com ایمیل: Info@ghaemiyeh.com فروشگاه اینترنتی: www.eslamshop.com

تلفن ۲۵-۲۳۵۷۰۲۳- (۰۳۱۱) فکس ۲۳۵۷۰۲۲ (۰۳۱۱) دفتر تهران ۸۸۳۱۸۷۲۲ (۰۲۱) بازرگانی و فروش ۰۹۱۳۲۰۰۰۱۰۹ امور کاربران ۲۳۳۳۰۴۵(۰۳۱۱)

نکته قابل توجه اینکه بودجه این مرکز؛ مردمی ، غیر دولتی و غیر انتفاعی با همت عده ای خیر اندیش اداره و تامین گردیده و لی جوابگوی حجم رو به رشد و وسیع فعالیت مذهبی و علمی حاضر و طرح های توسعه ای فرهنگی نیست، از اینرو این مرکز به فضل و کرم صاحب اصلی این خانه (قائمیه) امید داشته و امیدواریم حضرت بقیه الله الاعظم عجل الله تعالی فرجه الشریف توفیق روزافزونی را شامل همگان بنماید تا در صورت امکان در این امر مهم ما را یاری نمایندانشاالله.

شماره حساب ۶۲۱۰۶۰۹۵۳ ، شماره کارت :۶۲۷۳-۵۳۳۱-۳۰۴۵-۱۹۷۳و شماره حساب شبا : IR۹۰-۰۱۸۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۶۲۱-۰۶۰۹-۵۳به نام مرکز تحقیقات رایانه ای قائمیه اصفهان نزد بانک تجارت شعبه اصفهان – خیابان مسجد سید

ارزش کار فکری و عقیدتی

الاحتجاج - به سندش، از امام حسین علیه السلام -: هر کس عهده دار یتیمی از ما شود که محنتِ غیبت ما، او را از ما جدا کرده است و از علوم ما که به دستش رسیده، به او سهمی دهد تا ارشاد و هدایتش کند، خداوند به او می‌فرماید: «ای بنده بزرگوار شریک کننده برادرش! من در کَرَم کردن، از تو سزاوارترم. فرشتگان من! برای او در بهشت، به عدد هر حرفی که یاد داده است، هزار هزار، کاخ قرار دهید و از دیگر نعمت‌ها، آنچه را که لایق اوست، به آنها ضمیمه کنید».

التفسیر المنسوب إلی الإمام العسکری علیه السلام: امام حسین علیه السلام به مردی فرمود: «کدام یک را دوست‌تر می‌داری: مردی

اراده کشتن بینوایی ضعیف را دارد و تو او را از دستش می‌رَهانی، یا مردی ناصبی اراده گمراه کردن مؤمنی بینوا و ضعیف از پیروان ما را دارد، امّا تو دریچه‌ای [از علم] را بر او می‌گشایی که آن بینوا، خود را بِدان، نگاه می‌دارد و با حجّت‌های خدای متعال، خصم خویش را ساکت می‌سازد و او را می‌شکند؟».

[سپس] فرمود: «حتماً رهاندن این مؤمن بینوا از دست آن ناصبی. بی‌گمان، خدای متعال می‌فرماید: «و هر که او را زنده کند، گویی همه مردم را زنده کرده است»؛ یعنی هر که او را زنده کند و از کفر به ایمان، ارشاد کند، گویی همه مردم را زنده کرده است، پیش از آن که آنان را با شمشیرهای تیز بکشد».

مسند زید: امام حسین علیه السلام فرمود: «هر کس انسانی را از گمراهی به معرفت حق، فرا بخواند و او اجابت کند، اجری مانند آزاد کردن بنده دارد».


قائمیه
مرکز تحقیقات رایانه‌ای
اصفهان
www
برای داشتن کتابخانه های تخصصی
دیگر به سایت این مرکز به نشـــانی
www.Ghaemiyeh.com
www.Ghaemiyeh.net
www.Ghaemiyeh.org
www.Ghaemiyeh.ir
مراجعه و برای سفارش با ما تماس بگیرید.
۰۹۱۳ ۲۰۰۰ ۱۰۹